

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

*10n*  
*508*  
**Diretor:** DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

**Secretário:** ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

**Assinatura:** por 1 ano Cr\$ 50,00 — Numero avulso Cr\$ 5,00

L. XLIX

Fevereiro de 1945

N. 2

## Sumário:

	Pág.
<b>Sulfanilamidoterapia endoarterial' — Dr.</b>	
João Dias Ayres.....	95
<b>Dosagem química do ácido ascórbico na</b>	
<b>urina, sangue e tecidos — Ac. Carlos</b>	
<b>Rizzini.....</b>	<b>113</b>
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	135
Neuropsiquiatria.....	147
Cirurgia.....	155
Dermatologia e Sifilologia.....	159
Pediatria.....	160
Otorrinolaringologia e Cir. Plástica.....	173
Medicina.....	174
Medicina militar.....	178
Fisiologia.....	182
Obstetrícia e Ginecologia.....	185
Sociedade Médica São Lucas.....	185
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	186
Outras Sociedades.....	189
<b>Vida médica de São Paulo:</b>	
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	190
Novo professor catedrático.....	191
Fundos Universitários de Pesquisas.....	192
Serviço Nacional de Leprosia.....	193
Faculdade de Medicina.....	194
Necrologia.....	194
Sociedade de Medicina de Campinas.....	195
Assuntos de atualidade.....	196

# *Triod Zambelletti*

*Preparado organico tri-iodo-azotado*

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

**INDICAÇÃO:** Artritis - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções parasiticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Policarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2060  
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

## **GENCITROPINA LABOTHERPE**

*Formula:*

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal . . . . .	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea	gastro-refrataria	

**INDICAÇÕES:** Giardiasis intestinalis, Infestação por *Enterobius vermiculares*, *Estrongiloides*, *Estercolaris* e por *Heminolepis*.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.  
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**



fic  
zi  
cô  
do  
e  
as  
tê  
ac  
e  
eli  
rio  
qu  
to  
ção  
ide  
ve  
ser  
pro  
du  
ho



# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso. . . Cr \$ 5,00

Vol. XLIX

Fevereiro de 1945

N. 2

## Sulfamidoterapia endoarterial \*

(A propósito de alguns casos)

**Dr. João Dias Ayres**

*Diretor do Hospital de Sorocópolis*

E' coisa assente e de observação quotidiana os feitos benéficos da Sulfanilamida e derivados em inúmeras infecções produzidas por agentes piógenos e até nas de certos ultra-virus (tracôma, etc.). Assim sendo seria de esperar-se que a generalização do seu emprego viesse torná-la em panacéia universal para os mil e um males curáveis e incuráveis, como sóe acontecer com todas as armas terapêuticas novas de eficiência comprovada. Tal não têm acontecido, pois sua ação não é de todo inofensiva quando administrada intempestivamente, requerendo sempre a assistência e vigilância do médico, apesar da sua grande tolerância e rápida eliminação por parte do organismo. Isto porque a ação bacteriostática (J. Tréfouel) provocada pelo medicamento, só se exerce quando numa determinada concentração, no limiar quasi da intoxicação. Assim sendo, uma tática que permitisse uma saturação sem o perigo do comprometimento dos emuntórios, seria o ideal, pois que acidentes tóxicos tem-se verificado, léves ou graves, passageiros ou irremediáveis, devidos à idiosincrasia ou sensibilidade do doente, ou supêrdosagem. "A prudencia no emprego dos sulfamídicos ou o uso dos derivados menos tóxicos reduziu muito o número de casos mortais; no 2.º semestre de 1939 houveram 9 casos de morte, 5 no 1.º semestre de 1940 e ape-

\* Trabalho apresentado à I Semana Médica de Londrina em junho de 1944.

nas 1 no 2.º semestre desse mesmo ano" (estatística citada pelo Prof. Felício Cintra do Prado).

Os acidentes menores como "cefaléia, depressão, mal-estar, vertigens, zumbidos no ouvido, hiperemia das conjuntivas, anorexia, náuseas e vômitos devem pôr o médico de sobreaviso contra acidentes mais graves.

As reações dos órgãos hemapoieticos são graves (anemia hemolítica, leucopenia), podendo levar à morte (granulocitopenia). Perturbações urinárias (oligúria, anúria, hematúria) já têm sido descritas, e, bem assim, perturbações hepáticas: icterícia, dermatites localizadas, fôto sensíveis ou generalizadas (tóxicas). Psicôses agudas e neurites. Cálculos urinários já fôram encontrados em casos com o emprego de doses maciças de Sulfapiridina e Sulfatiazol. Alterações temporárias da espermatogênese com uma porcentagem de 64 % a 78 %, segundo Darcy Vilela, Campos Freire e R. Mendonça".

A sulfanilamida arterial veio resolver esse desideratum.

Permite uma saturação sulfamídica lóco-regional com doses menores do medicamento, sem o perigo da intoxicação.

Devemos a Eurico Branco Ribeiro e seus colaboradores, entre os quais destacamos José Saldanha Faria e Paulo Bressan, os primeiros trabalhos com o emprego da Sulfanilamida arterial.

Em 13 de Maio de 1940, na Soc. Médica São Lucas, relatou Eurico Branco Ribeiro 2 casos em que empregou com sucesso a sulfanilamida intrarterial: "Artrite do joelho direito com lesões ósseas" e num caso de "Endoarterite obliterante com fleimão difuso e placas de necrose do pé, em diabético.

Em 27 de Dezembro de 1940, ainda na Soc. Médica São Lucas, teve ocasião de relatar, entre a série que observou, mais um caso, tratando-se desta vez de uma velha úlcera varicosa, de mais de 20 anos. Em 16 dias conseguiu a cicatrização completa da úlcera.

José Saldanha Faria, na conferência proferida no Centro Médico Cearense em Abril de 1941 e relatada nos "Anais Paulistas de Medicina e Cirúrgia" em consubstancial trabalho, teve ocasião de referir-se aos experimentos com a Sulfanilamida arterial no Serviço do Dr. Eurico Branco Ribeiro. Depois de ressaltar os esplendidos resultados obtidos com as aplicações intra-arteriais, descreve sua técnica minuciosamente, insistindo na sua simplicidade.

Paulo G. Bressan, no Primeiro Congresso dos Estudantes de Medicina de São Paulo, apresentou em Setembro de 1939, um trabalho, depois publicado no "Boletim do Sanatório São Lucas" de Março de 1941, sobre a sulfanilamida por via arterial, referindo-se aos experimentos que a esse respeito se faziam, sob orientação de Eurico Branco Ribeiro.

Em Recife, Frederico Carneiro também empregou esse método terapêutico, que relata na "Coletânea de Observações e Atestados sobre o Anaseptil", 2.<sup>a</sup> edição, Julho de 1940.

As observações colhidas em nosso serviço, são um apanhado de casos de afecções várias dos membros inferiores, supurativas ou necrosantes, agudas ou crônicas, de etiologias diversas, quasi todas complicadas de infecções secundárias.

Se bem que a frequência das afecções dos membros inferiores seja em nossa região de uma incidência muito grande, cumpre ressaltar que para o gênero de observações a que nos propuzemos realizar, são as que mais se adaptam pela facilidade que o método terapêutico encontra na sua execução.

O diagnóstico baseou-se em dados puramente de exame clínico, dadas as dificuldades acarretadas pela ausência de um laboratório.

Assim sendo, distribuímos as nossas observações de acordo com sua etiologia:

- |                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
| 1.º ULCERAS . . . . .        | { | tróficas (crônicas, atônicas)<br>varicosa<br>tropical<br>em terreno sífilítico. |
| 2.º AFECÇÕES TRAUMÁTICAS     | { | feridas infectadas (simples)<br>fraturas e luxações expostas<br>gangrena.       |
| 3.º OSTEOMIEELITIS . . . . . | { | fistulas ósseas.  |

Considerando o problema das úlceras isoladamente, e de uma maneira geral, observamos a tendência do organismo em procurar vedar por todos os meios a solução de continuidade dos tecidos, no que é muitas vezes retardado ou impedido pelas condições etiopatogênicas.

"Sublata causa tollitur effectus", deveria ser. Mas nem sempre após o tratamento específico estas lesões regredem para uma cicatrização completa, dependendo quasi sempre da extensão e duração do processo.

Úlceras extensas ou muito antigas, acarretam problemas outros. As condições trofonutritivas do órgão afetado encontram-se seriamente alteradas, pois a fibróse que lentamente substitue as falhas de tecido não possui as qualidades nutritivas dos tecidos de regeneração (tecidos de alta linhagem: Antonio Prudente). A região afetada pelas múltiplas infecções secundárias na úlcera e tecidos vizinhos perde muito de suas propriedades reparadoras, resultando daí as úlceras atônicas rebeldes aos tratamentos locais e causais, indicando-se os tratamentos que visem uma estimulação da circulação: simpatectomia periarterial, curativos oclusivos compressivos (Bota de Una, Aparêlho de White, Gessados, etc.).

Com a era da sulfanilamida surgem as aplicações locais à base de pós ou pomadas da sulfa, associadas ou não a misturas vitamínicas.

Parece que si por um lado a ação local melhora o grau de infecção, por outro, nem sempre se consegue que a substância medicamentosa seja absorvida ao nível da úlcera, dado o próprio mecanismo de defesa desta, constituído pela exsudação, sendo o remédio de utilidade porque executa, dissolvido aí, a detenção da vida microbiana qual um antiséptico. Mas nem por isso viria acelerar mais o processo de cicatrização já na dependência de fatores outros ligados à vitalidade dos tecidos comprometidos pelas infecções crônicas e agressões contínuas. Melhorar as condições tissulares do órgão afetado é condição pricipua para que se exerça a reparação da falha do epitélio de revestimento.

Reside aí a grande indicação da sulfanilamida intrarterial. Introduzida no vaso principal do órgão lesado, permite uma saturação sulfamidica local. Provoca a bacteriostase da vida microbiana e os tecidos tendem a voltar às suas condições anteriores, reduzidos de seu edema e hiperemia inflamatórios. Há como que uma superativação no mecanismo de defesa local, tão logo traduzido pela melhora do aspéto das lesões, visível logo no 3.º e 4.º dia das aplicações.

Não iremos ao ponto de prescindir da medicação causal, mas a sulfanilamida com essa tática, quando não o faça por si só, à ela associada, abrevia de muitos dias ou meses a cura de certas lesões.

A propósito temos um caso de processo ulcerativo em terreno sífilítico, apresentado adiante. Tivemos o cuidado de não prescrever a medicação específica logo de início, afim de comprovarmos a ação do medicamento também nesse caso. Não que esperassemos uma ação da sulfanilamida sobre os treponemas, mas sim diretamente sobre o processo ulcerativo que forçosamente estava na dependência mais de infecções secundárias que da lues latente. A cicatrização parece ter sido influenciada diretamente pelo medicamento, notando-se em pouco tempo a regressão da lesão. Também nas feridas infectadas, com ou sem lesões ósseas e até na gangrena, tem-se evidenciado o valor da via arterial para a introdução da sulfanilamida. Tivemos ocasião de comprovar sua eficácia em processos agudos de úlceras tropicais, em feridas superinfectadas e na gangrena.

Contudo, como diz J. Saldanha Faria: "É necessário notar porém, que não é sempre fácil apreciar, em alguns casos, duma forma objetiva, os resultados da injeção endoarterial com a sulfanilamida porquanto não é sempre esta a única terapêutica posta em jogo. Ela deve ser levada ao par com os métodos cirúrgicos correntes, e não à exclusão deles".

*Obs. n.º 1* — P. G., 23 anos, casada, brasileira, ocupações domésticas, residente neste município. Data da 1.ª consulta: 3/3/42.

Foi enviada por um colega, por lhe parecer necessário uma amputação.

*Doença atual:* ferida antiga na perna (mais de 1 ano), ultimamente piorou muito a ponto de perder pedaços de ossos (sic).

*Exame geral:* facies de abatimento, emagrecimento pronunciado, palidões da pele e mucosas, panículo escasso e musculatura reduzida. Ganglios inguinais aumentados do lado doente. Temp. no momento, 37. Pescoço, torax e abdome, normais.

*Exame local:* ulceração de aspéto fagedenico, ocupando toda a região anterior da perna direita, desde o limite superior do terço médio até o tarso, e toda a face lateral externa e interna nessa zona. Bordos profundos e irregulares, salientes. Pús e restos de tecidos em desintegração, inclusive pequenos sequestros. Um grande edema circundando a ulceração numa região hiperemiada. Adenites satélites na arcada crural e bem assim cordões linfangíticos. Impossibilidade de andar e de manter-se em posição ereta.

*Diagnostico:* Ulcera tropical com tendencia ao fagedenismo, e osteite.

*Tratamento:* repouso no leito, curativos locais consistindo na limpeza mecânica e colocação de gaze esterilizada. Sulfanilamida por via arterial tendo sido empregados Anaseptil à 25 %, Infepan, Sulfalyso e Soluseptazine à razão de 1 ampola ao dia. Internamente comprimidos de anaseptil nos primeiros dias. No 4.º dia constatava-se já uma grande melhora no estado geral e no aspéto da ulceração, com o desaparecimento quasi completo do edema e da hiperemia, só visível junto aos bordos da ulcera, menos salientes. Secreção escassa, sem o cheiro fétido dos primeiros dias. As melhoras continuam, e como resta somente uma pequenina parte a ser cicatrizada, não tivemos duvida em que procedesse os curativos restantes em casa.

Em 25/5/43, reapareceu no consultório porque da ulceração ainda existia ao longo da crista tibial, um ponto renitente aos tratamentos feitos no domicilio. Radiografia em 25/3/43, dando como resultado:

"Osteite da tibia (notavel espessamento da crista tibial).

Foi indicada uma redução cirurgica da parte proeminente do osso.



Fig. 1 — Obs. n.º 1. Percebe-se a cicatrização quasi completa em 18/8/42

*Op. n.º 51.* Assistente: Dr. Gervasio Morales. Raquianestesia pela Scurocaine à 5 %, 2,5 cc., com retirada de 2,5 cc. de liquor.

*Marcha da Anestesia:* boa. *Marcha da operação:* incisão acompanhando a crista tibial, descolamento do periósteeo, notando-se uma elevação da tibia no seu terço médio justamente mais pronunciada ao nível da pequena ulceração. Redução da parte exuberante do osso, com escopro. Retificação dos bordos da incisão ao nível da ulceração, e sutura aproximando o tecido normal de pele previamente descolada, com seda n.º 2.



Fig. 2 — Obs. n.º 2. Data: 17/5/42



Fig. 3 — Obs. n.º 3. Data: 1/8/42

*Posoperatório:* houve supuração, tendo sido retirados os pontos afim de efetuar-se uma drenagem melhor. Renovamos as aplicações de Sulfanilamida intraarterial: 1 amp. ao dia, de Infepan na femural do lado doente. Em 10/7/43 — Alta curada.

*Obs. n.º 2* — H. C., com 12 anos, sexo feminino, cor branca, residente neste município. Data da 1.ª consulta: 17/5/42.

*Exame clínico:* doente debilitada; não pode locomover-se por causa da perna doente. Nada de particular para o lado dos diversos aparelhos. 8)



*Exame local:* na perna esquerda, terço inferior e medio, uma ulceração de aspéto invasor, saliente, coberta de enduto purulento e tecidos necróticos, bordos salientes e irregulares. Dimensões: 11 x cnt.

*Diagnóstico:* Úlcera tropical (fig. 2).

*Tratamento:* repouso, curativos locais. Por via arterial, no lado doente, Sulfalyso (ampolas) 1 ao dia.

Em 10/6/42, franca cicatrização, interrompendo-se as aplicações arteriais. Em 24/7/42, alta, curada.



Fig. 4 — Obs. n.º 3. Data: 13/8/42



Fig. 5 — Obs. n.º 3. Data: 20/10/42

*Observação n.º 3* — F. S., 17 anos, branca, solteira, ocupações domésticas e rurais, residente neste município (Agua das Sete-Ilhas).

*Doença atual:* tem uma ferida muito dolorosa na perna, sofrendo há mais de dois meses, iniciando-se por um arranhãozinho que inflamou um pouco e depois transformou-se numa ulceração que aumentou rapidamente.

*Exame local:* na face latero-externa da perna esquerda, terço inferior, uma grande ulceração de contorno circular, bordos irregulares, profundos e salientes. Ulcera recoberta por uma camada de pús e tecidos necrosados. Diâmetros 13 x 8. Diagnóstico: Ulcera tropical.

*Tratamento:* repouso relativo, curativos simples, Sulfanilamida arterial, 18 ampolas, 1 ao dia. Alta curada em 20/10/42.

*Obs. n.º 4* — F. C., 39 anos, branco, casado, brasileiro, trabalhador rural residente neste município (Água das Sete-Ilhas). Data da 1.ª consulta: 12/8/42.

*Doença atual:* deu entrada no serviço por ter uma ulceração no calcanhar direito, que o impossibilita de andar e permanecer em pé.

*Exame local:* na região calcaneana direita, ulceração de bordos irregulares, salientes, profundos, sangrando abundantemente. Superfície ulcerada recoberta por tecidos em desintegração: tendões, vasos, etc., pús fétido. Dimensões 12 x 5.

*Diagnóstico:* Ulcera tropical, (fig 6).



Fig. 6 — Obs. n.º 4. Data: 13/8/42

*Tratamento:* repouso no leito e curativos locais. Aplicações intra-arteriais de Anaseptil à 25 % e Infepan.

Alta da Casa de Saúde em 27/8/42. Alta do ambulatorio em 20/9/42.

*Obs. n.º 5* — C. F., 66 anos, branca, viúva, italiana, ocupações domésticas, residente neste município. Data da 1.ª consulta: 11/9/42.

*Doença atual:* ferida no calcanhar, que surgiu após uma contusão produzida pelo calçado (sic.) há 6 anos.

*Exame geral:* facies de abatimento. Compleição e estatura franzinas. Pele palida, mucosas descoradas. Sopro sistólico na ponta.

*Exame local:* região posterior da perna esquerda, ulceração atingindo desde o terço inferior da perna até o calcâneo. Bordos irregulares. Abundante secreção, com restos de tecidos em desintegração. Edema circunscrito à região ulcerada: edema duro com descamação da pele que assumia coloração arroxeada. Dimensões: 12 cnt.

**Diagnóstico:** Úlcera trofica.

**Tratamento:** repouso no leito, curativos. Aplicações intraarteriais de Anaseptil forte e Infepan, 10 ampolas ao todo.

Alta da Casa de Saúde 1/10/42. Alta curada em 22/11/42.

**Obs. n.º 6** — M. P. R., branca, casada, ocupações domésticas, brasileira residente em Taquara do Reino, neste município. Data da 1.ª consulta: 21/3/42.

**Doença atual:** a cerca de dois anos sofre de uma ferida na perna, que as vezes fica inchada e avermelhada (sic.), e lhe provoca o aparecimento de inguas.

**Exame geral:** Estatura mediana, complexão franzina. Pele e mucosas normais. Esternalgia e tibialgia ausentes. Ganglios normais.

**Exame local:** região maleolar esquerda, ulceração de bordos rasos, com enduto purulento, avermelhada, com edema dos tecidos vizinhos. Volumosas varizes nesse membro.

**Diagnóstico:** Úlcera varicosa.

**Tratamento:** iniciado em 21/3/42, curativos com Sulf. em pó.

Estreptoclase intraarterial 5 cc., 1 amp. ao dia, até 10/4/42: 19 ampolas ao todo. Alta em 16/4/42.

**Obs. n.º 7** — O. E. P., 36 anos, cor branca, casado, brasileiro, comerciante, residente em Bela Vista. Data da 1.ª consulta: 30/4/42.

**Doença atual:** Ha um ano tem uma ferida na perna.

**Exame clínico:** estatura e complexão medianas. Esternalgia e tibialgia ausentes. Pescoço normal, torax e abdome normais.

Manchas hiperemicas cicatriciais generalizadas na pele. Ausencia de circulação colateral. Membros superiores normais.

**Membros inferiores:** pernas edemaciadas com a pele de coloração avermelhada. Ulcerações de aspéto irregular, planas na perna direita e em numero de duas. Varizes volumosas. Úlcera de bordos altos, medindo cerca de 3 cm. por 2 na parte superior do maleolo interno. Na parte média do dorso do pé, ulceração puntiforme com os mesmos característicos. Varizes pronunciadas também na perna esquerda.

**Diagnóstico:** Úlcera varicosa, perna esquerda. Edisipela na perna direita.

**Tratamento:** iniciado em 30/4/42: repouso quasi nulo. Curativos. Em dias alternados até 18/5/42, Estreptoclase 5 cc. por via arterial. Cicatrização franca. Redução do edema e da erisipela da perna direita. Alta curado em 5/6/42.

**Obs. n.º 8** — S. R., 17 anos, branca, solteira, brasileira, domestica, residente à Rua Pará. Data da 1.ª consulta: 27/5/42.

**Doença atual:** informa que sofre a quatro anos, estando sempre em tratamento por causa de uma ferida na perna direita. Já esteve hospitalizada em Assis, onde sofreu duas intervenções no osso.

**Antecedentes morbidos hereditários:** mãe falecida por ulcera gastrica. Pai e irmão fortes. Antecedentes morbidos pessoais: catapora, sarampo, malaria e coqueluche.

**Exame geral:** estatura mediana; complexão forte; pele palida; mucosas coradas. Ganglios normais. Esternalgia e tibialgia ausentes. Nada de particular para o lado dos diversos aparelhos.

**Exame local:** — Ulceração de aspéto crônico, linear ao longo do bordo da tibia no terço médio, com cerca de 12 cent. de comprimento por 3 de largura. Secreção regular. Osso tibial muito espessado em toda a extensão e principalmente ao nível da ulceração.



Fig. 7 — Obs. n.º 8. Data: 13/8/42. Fistula ossea ulcerada. Cicatrização quase completa

**Diagnóstico:** — Fistula ulcerada da perna direita por Osteomielite.

**Tratamento:** — Injeções intraarteriais de sulfanilamida e curativos. Foi iniciado em 27/5/42 com Soluseptazine 5 cc. até 6/6/42, 8 ampolas franca cicatrização, ausência de secreção. Em 6/6/42 prosseguimos as aplicações com Estreptoclase até 20/6/42 quando constatamos a cicatrização quase completa. Em 20/8/42 — Alta curada.

**Obs. n.º 9** — M. C. L., 24 anos, branca, solteira, doméstica, residente na "Água do Cerne" neste município.

**Doença atual:** Foi enviada para o serviço pelo Dr. R. V.

Sofreu um acidente, ficando sob as rodas do onibus, resultando um esmagamento, com descolamento de tecidos de toda a face lateral externa da perna e dorso do pé esquerdo com exposição e luxação da articulação tibio-tarsica. Foi atendida de urgência pelo referido colega que após redução da art. luxada e aplicação de sulfanilamida local, suturou os tecidos descolados e a pele em toda a extensão. Dois dias após houve o aparecimento de temp. elevada com edema da região traumatizada e da perna, que se tornou muito dolorosa, sendo então a doente remetida para o nosso serviço, dando entrada nesta data: 27/2/44.

**Exame geral:** facies de abatimento, temp. 39,5, pulso 120. A doente que é de compleição e estatura medianas, nada apresentava de anormal para o lado dos diversos aparelhos:

**Exame local:** membro inferior esquerdo, perna grandemente edemaciada notando-se uma sutura cirurgica ao longo de uma ferida incisa e contusa que vai desde o terço médio até ao dorso do pé, esquerdo, pela face lateral externa da perna, contornando o pé, da região calcaneana ao dorso, Escoamento de liquido fétido de cheiro suspeito, por entre os pontos de sutura. Coloração arroxeada circundando a ferida de aspecto equimótico. Hiperemia intensa da pele em torno, com presença de cordões linfangíticos. Movimentação ativa e passiva prejudicadas pelo processo.

**Diagnóstico:** — Ferida incisa e çontusa, com esmagamento de partes moles e comprometimento da articulação tibio-társica esquerda.

**Prognóstico:** sombrio, dada a tendência à gangrena.

**Tratamento:** Para acalmar as dores foi prescrito Trivalerina n.º 2, depois, Prevensôro. Curativos úmidos.

**Evolução:** No dia seguinte um cheiro acentuado à gangrena fazia-se sentir no quarto. Curativo muito embebido de secreção fétida que escova da ferida. Sensibilidade e irrigação normais ao nível dos dedos e parte inferior do dorso do pé. Sensibilidade nula ao nível da pele que fôra descolada e reunida por uma sutura de urgência. Sensibilidade normal nos demais setores. Temp. 40, pulso 130.



Fig. 8 — Obs. n.º 9. Data: 6/3/44



Fig. 9 — Obs. n.º 9. Data: 21/4/44

Deante do estado da doente, e da perna, resolvemos proceder a retirada de todo o esfacelo, procedendo-se um debridamento largo que realizamos em 22/2/44. Evidenciamos então o comprometimento pelo processo de musculos, tendões, vasos, além da exposição da art. tibia-társica ao nível do maleolo externo. Ferida de aspéto lardaceo, iniciando-se no terço médio, face anterior e lateral externa da perna, descendo ao mesmo tempo que contorna a face posterior até o calcaneo (Fig. 8). Tecidos vizinhos muito hiperemiados e edemaciados, edema que tende a invadir

a coxa. Na expectativa de uma amputação, decidimos fazer algumas aplicações intraarteriais. Anaseptil à 25 % até 6/3/44 quando notamos com surpresa as grandes melhoras apresentadas pela doente e pelas lesões.

O edema e a hiperemia reduziam-se, e a ferida modificava o aspeto para melhor.

As aplicações arteriais prosseguiram até 21/4/44, ao lado de curativos com Sulfanilamida cristalizada (Stopton). Ao todo 18 ampolas de Anaseptil a 25 %. Em 21 de Abril de 1944 teve alta da Casa de Saúde, permanecendo a fazer os curativos no ambulatorio em dias alternados nas primeiras semanas e bisemanais ultimamente. Dado o comprometimento da articulação, a doente ainda claudica um pouco ao andar, mas já o faz sem apoio.

*Obs. n.º 10* — B. J. P., branco, solteiro, brasileiro, lavrador, com 21 anos, residente neste município (Agua do Tigre). Data: 28/3/44.

*Doença atual:* ha quinze dias sofreu um traumatismo na perna, no local onde ja havia tido uma ulcera, tornando a abrir-se uma ferida (sic).

*Antecedentes hereditários:* pais sífilíticos (a mãe teve varios abortos, o pai acusa antecedentes venereos (sífiloma).

*Antecedentes pessoais:* sem maior interesse.

*Exame geral e local:* Estatura e compleição medianas. Facies normal. Pescoço, torax e abdome normais. Membros superiores: gânglios epitroceanos aumentados. Membros inferiores: tibia em lamina de sabre, Tibialgia.



Fig. 10 — Obs. n.º 10. Data: 2/4/44

*Perna esquerda:* nota-se uma ulceração em forma de losango, com 7 cnt. no sentido transversal por 11,5 no sentido longitudinal, coberta de enduto purulento, bordos rasos, circundados por uma superficie brilhante arroxeadas que invade toda a região anterior e lateral no terço médio, sinal de antigo processo ulcerativo.

*Diagnóstico:* — Ulcera post traumatismo em terreno sífilítico.



*Tratamento:* curativos locais simples. Anaseptil à 25 %, 15 ampolas, 1 ao dia por via arterial na 1.<sup>a</sup> semana e em dias alternados depois. Em 15/5/44, cicatrização quasi completa (Fig. 11).



Fig. 11 — Obs. n.º 10. Data: 15/5/44

Sómente agora, depois de comprovada a eficiencia da Sulfanilamida no processo ulceroso, didimos prescrever a 'medicação anti-luética de que também necessita o doente, que ainda se encontra em tratamento.

### CONSIDERAÇÕES

Apresentamos uma série de casos em que a medicação preponderante foi a Sulfanilamida endoarterial. Em todos eles, observamos a surpreendente ação deterativa da Sulfanilamida sobre os processos mórbidos em evolução, e a pronta regressão de todos os fenômenos inflamatórios, e a consequente cicatrização desses processos.

A observação diária desses doentes submetidos a tal tratamento deu-nos a impressão de que contamos com mais um método terapêutico de valor incontestável, ampliando novos horizontes no domínio da clínica, da traumatologia e quiçá da cirurgia plástica, afastando o perigo da infecção.

Já vimos nos trabalhos de Eurico Branco Ribeiro e José Saldanha Faria a exequibilidade de tal método até nas infecções do membro superior.

Os casos relatados foram escolhidos pela importância e gravidade do processo mórbido, em todos eles fazendo-se urgente medidas terapêuticas de ação rápida e enérgica. São casos que pelos meio ordinário levariam os doentes a correr graves riscos, como a ameaça de gangrena ou de complicações ósseas e articulares sérias, quando não fosse pelo longo tempo de tratamento que se seguiria.

O tratamento aliado ao repouso, condição importante para abreviar-se ainda mais a cura, foi possível apenas em 3 casos, os restantes foram tratados no ambulatório.

Em dois dos casos relatados, pudemos evitar a propagação do processo que fatalmente levaria à amputação, como o da obs. n.º 9.

Prosseguimos com nossas observações, tendo no momento mais dois doentes que estão sendo submetidos a esse tratamento: artrite post-traumatismo do joelho direito e úlcera varicosa de 20 anos.

Ambos os doentes já se beneficiaram com o tratamento. A úlcera está quasi completamente cicatrizada, e a artrite já tem reduzido o seu edema e supuração.

### CONCLUSÕES

1) A sulfanilamida endoarterial revelou-se eficiente em 100 % dos casos observados.

2) Sua ação é tanto mais notável quanto maior assiduidade houver nas suas aplicações.

3) Os doentes em repouso se beneficiam mais que os de ambulatório, contudo nestes também a sulfanilamida intraarterial é eficiente.

4) O método pode ser aplicado a toda e qualquer afecção do membro inferior causada por infecções supurativas ou necrosantes.

5) Em todos os casos observados, foi a sulfamidoterapia a medicação preponderante e a responsável direta pela cicatrização e cura dos processos.

6) A melhora no estado geral do doente e no aspêto das lesões é notável já no 4.º e 5.º dia das aplicações.

Endereço: Sertanópolis, Paraná

\* NOTA: O presente trabalho já havia sido apresentado à I Semana Médica de Londrina em Junho de 1944, quando recebemos o número de Maio do Boletim do Sanatório São Lucas, relatando uma comunicação de nosso prezado colega Waldemar Machado, à propositio de: "A sulfanilamida intrarterial na úlcera tropical".

## BIBLIOGRAFIA

- 1) — BRANCO RIBEIRO. — Sulfanilamida arterial nas ulceras varicosas — Boletim do Sanatório São Lucas, Vol., II, n.º 8, pag., 115, Fev. de 1941.
- 2) — BRESSAN, Paulo G., — Sulfanilamida por via arterial — Boletim do Sanatório São Lucas, Vol., II, n.º 9, pag. 140, Março de 1941.
- 3) — CINTRA DO PRADO, Prof. FELICIO. — Introdução à Quimioterapia Antibacteriana, — Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, Vol., XLIV, n.º 5, 377, Nov. de 1942.
- 4) — CANTO MONIZ, L., — A via intra-arterial nas infecções dos membros, — Medicina Contemporanea — Lisboa, n.º 47, pag. 503, Ano XV, 21 de Nov. de 1939.
- 5) — LIMA, ABREU e Prof. ROMERO MARQUES — Injeções intra-arteriais nas infecções dos membros, — Archivos Bras. de Cirurgia e Ortopedia, Vol. VI, Fac. I, pag. 374, Set. e Dez. de 1938.
- 6) — SALDANHA FARIA, José — Sulfanilamida endoarterial — Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, Vol. XLII, n.º 6, pag. 495, Dez. 1941.
- 7) — SANTOS, Reynaldo dos., La voie arterielle dans la séméiologie et la therapeutique — Artériographie e arthériotherapie — Medicina Contemporanea, Ano LVI, n.º 35, Agostó de 1938.
- 8) — PRUDENTE, Antonio, — Autoreparação dos tecidos, Dez. 1944. Edição Lab. Carrano.

## LABORATORIO KALMO

Secção industrial de VICENTE AMATO SOBRINHO &amp; CIA.

SÃO PAULO

PRINCIPIO ANTITÓXICO DO FIGADO, SEGUNDO O MÉTODO DE FORBES

## HEPACRITAN COFA

CADA AMPOLA DE 1 cc. CONTEM 1 UNIDADE RATO

## USO INTRAMUSCULAR

MOLESTIAS HEPATICAS — INTOXICAÇÕES EXOGENAS E ENDOGENAS — ESTADOS ALERGICOS — PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA INTOLERANCIA PELAS SULFANILAMIDAS E PELOS ARSENOBENZÓIS — UREMIA E TOXIEMIA GRAVIDICA — TRATAMENTOS PRE' E POST-OPERATORIOS



Apesar de dispôr o médico de preparados ativos à base de dihidrofoliculina, em muitas ocasiões precisa atuar rapidamente como nos casos de crises nervosas de origem ovariana.

Esse objetivo é conseguido na associação dihidrofoliculina-bromureto de sódio-meimendo.

## SEDO-GYNOESTRYL

*Gotas*

LABORATÓRIOS

SILVA ARAUJO

CAIXA POSTAL, 439

20)



ROUSSEL S. A.

SÃO PAULO

## Dosagem química do ácido ascórbico na urina, sangue e tecidos \*

Ac. Carlos Rizzini

Do Departamento de Bioquímica da Escola Paulista de Medicina

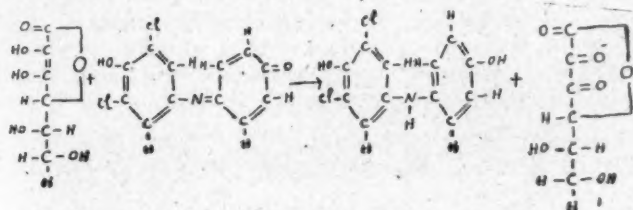
Entre os numerosos métodos de titulação química da vitamina C destacam-se 2 pela maior especificidade e sensibilidade simultâneas: o método de Martini e Bonsignore e o método de Tillmans.

Ambos fornecem resultados concordantes; a escolha recairá, portanto, no mais simples e menos dispendioso: o segundo, pois o primeiro exige aparelhagem especial.

### MÉTODO DE TILLMANS

Baseia-se na redução do 2,6, diclorofenolindofenol em presença do ácido ascórbico, sendo a operação controlada por um critério de viragem.

Aquela substância é um indicador que em meio ácido é de cor vermelha e em meio alcalino ou neutro de coloração azul. Reduzido pela vitamina C, seja em meio ácido, alcalino ou neutro, torna-se incolor porque da reação resulta o seu leuco-derivado, incolor, segundo esta equação de Bessey, que achamos conveniente desenvolver:



Ácido ascórbico + 2,6-diclorofenolindofenol  $\longrightarrow$  leuco-derivado + ácido dehidro-ascórbico.

Como vemos, a vitamina C cede 2 átomos de hidrogênio ao corante (ação redutora) que com isto se descora, enquanto que o redutor torna-se oxidado (o ácido dehidroascórbico é a forma oxidada, biologicamente tão ativa quanto o reduzido mas destituída de poder redutor). Vemos ainda que reagem molécula a molécula, mas como são de tamanhos diferentes as suas relações de peso são as seguintes: cada 2mg do indicador são reduzidos por 1mg de vitamina C. Este é o fato fundamental que nos permitirá fazer cálculos muito simples.

No comércio existem comprimidos de diclorofenolindofenol já dosados a 2mg e que são descorados inteiramente por 1mg de ácido ascórbico. Esses preparados de casas idôneas são muito úteis porque dispensam prévia dosagem do indicador, que seremos obrigados a fazer toda vez que a substância não estiver sob a forma de comprimidos com título expresso no rótulo; adiante indicamos como se faz a titulação do corante, muito simples (V. Apêndice).

ESPECIFICIDADE — a reação não é específica, pois outras substâncias também reduzem o corante: fenois, tiosulfatos, cisteína, ergotioneína e outros compostos sulfurados normalmente existentes na urina (todos os compostos orgânicos sulfurados contendo o radical sulfidríla (R-SH) apresentam acentuadas propriedades redutoras). No sangue a interferência dessas substâncias é mínima por sua escassa quantidade.

A importância dos tiosulfatos deve ser ressaltada porque eles abundam na urina quando a alimentação é rica em proteínas animais.

Assim sendo, porque se considera o método como o melhor? Devido ao fato de ser possível contornar esse grave inconveniente de duas maneiras:

1.ª — Operando em meio ácido (pH 2 a 3) e no prazo de 2 minutos.

Realmente, nessas condições os compostos acima não tem tempo para tomar parte na reação porque eles reduzem o corante, em meio tão fortemente ácido, muito lentamente.

2.ª — Este processo elimina aquelas substâncias e, segundo foi verificado cabalmente, parte do ácido ascórbico; trata-se da depuração da urina pelo acetato de chumbo que, então, recebe o nome de reativo de Bezssonoff: deve ser posto de lado.

Resultado melhor, mais uniforme, se obtém com o acetato de mercúrio e deve ser preferido no caso da urina conter grande quantidade de tiosulfatos (pessoas de regime predominantemente cárneo, gato, etc.), porque esses compostos sulfurados poderão intervir mesmo sendo observadas as condições do primeiro "item", dada a sua grande abundância.



Técnica da depuração pelo acetato de mercúrio, segundo Manceau, Policard e Ferrand (modificado de van Eekelen e Emmerie).

1 — Num tubo de centrifugação colocar: 25cc de urina mais 12,5cc de ácido tricloroacético a 20%. O excesso de ácido é neutralizado por 3,00 de carbonato de cálcio; agitar bem e deixar escapar o gás carbônico resultante.

2 — Lentamente adicionar 10cc duma solução de acetato de mercúrio a 20%.

3 — Centrifugar durante 2 minutos e decantar o líquido sobrenadante (resta no tubo um precipitado constituído pelos compostos indesejáveis).

4 — Juntar 10cc de água destilada ao precipitado e proceder a uma rápida centrifugação. Decantar.

5 — Juntar os 2 líquidos centrifugados e submeter durante 1 hora a uma corrente de gás sulfídrico para eliminar o excesso de acetato de mercúrio.

De 3 a 5 não devem transcorrer mais que 5 minutos.

6 — Da operação 5 resulta um depósito: lava-lo com 10cc de água destilada e passar forte corrente de gás sulfídrico.

7 — Completar o volume para 100cc.

8 — Tomar 5 ou 10cc e adicionar  $\frac{1}{4}$  do volume de ácido tricloroacético a 20% afim de obter um pH a 1,2.

9 — Titular pelo diclorofenolindofenol, cuja técnica estará descrita a seguir.

CONCLUSÃO — este demorado processo só será usado nos raros casos de hábito carnívoro. Com a dosagem executada no curto prazo de 2 minutos e com pH 2-3 as substâncias inespecíficas, são inibidas, como provaram Harris e Ray.

CONSERVAÇÃO DO ÁCIDO ASCÓRBICO — este é destruído rapidamente em contacto com o ar, sendo este o fator mais importante da auto-oxidação desta substância.

A acidificação da urina ou outro líquido qualquer impede a oxidação nas primeiras horas; usa-se comumente o ácido acético na proporção de 10%: deste modo Villela obteve resultados constantes nas primeiras 3 horas e viu que após 12 horas a oxidação se acentua muito.

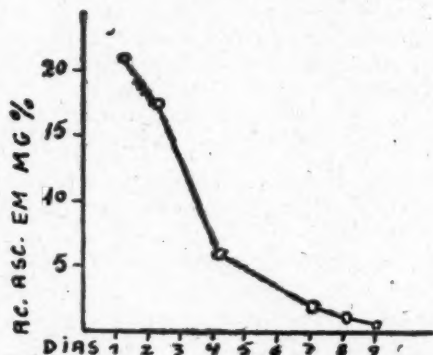
Apresentamos um gráfico tomado de Villela que demonstra a auto-oxidação duma solução de ácido ascórbico a 20mg%, acidificada com 10% de ácido acético glacial.

Pode ser empregado com idênticos resultados o ácido sulfúrico (Johnson e Zilva).

A urina acidificada, contida em frasco escuro, sob camada de óleo de parafina neutro e a 4 graus C conserva seu teor vitamínico por 24 horas.

**CONCLUSÃO** — a urina precisa ser emitida na hora do exame ou, no máximo, 3 horas antes, sendo neste caso acidificada e protegida por óleo de vaselina neutro.

Se quizermos dosar o reativo de Tillmans precisamos preparar de ácido ascóbio no momento de usar.



**CONSERVAÇÃO DO DICLOROFENOLINDOFENOL** — a solução deve ser preparada no momento de usar porque também é destruída rapidamente: a solução aquosa é instável e vai se descolorindo progressivamente por auto-redução. Ao contrário, a solução tampão de pH igual a 7 mantém-se durante 2-4 dias, sendo imprescindível determinar o título diariamente.

**CONCLUSÃO** — deve-se preparar o soluto no momento de empregar porque a conservação por tão poucos dias não justifica o aborrecimento de dosagens diárias.

A solução de diclorofenolindofenol utilizada é a seguinte: dissolver um comprimido do comércio já dosado (contém 2mg de corante) em 50cc de água destilada.

Um cuidado que os autores que teem tratado do assunto descuidam, e para o qual insistimos, é a centrifugação do soluto desses comprimidos; realmente além do corante eles encerram talco (excipiente), insolúvel na água, que após a redução do indicador, parece conferir ao líquido uma cor levemente rósea. Isto leva o operador a pingar mais líquido da bureta quando já não há mais diclorofenolindofenol.

Deve-se centrifugar ou deixar sedimentar a solução, aspirando-se o líquido azul sobrenadante com uma pipeta evitando o depósito.

Cada cc desse soluto a que quantidade de vitamina C corresponde?

1cc contém 0,04mg do indicador.

2mg equivalem a 1mg de vit. C.

Logo,

$$2:1::0,04:X.$$

$$X = 1 \times 0,04$$

$$\underline{2}$$

$$X = 0,02mg$$

Portanto, cada cc dessa solução corresponde a 0,02mg de ácido ascórbico.

Outros preferem usar em vez de 50cc d'água, 100cc, sob pretêxto de economia de reativo, mas a grande diluição do corante faz com que o processo se torne mais moroso, como facilmente se compreende, e já vimos a importância da presteza (V. Apêndice).

Pode-se usar ainda uma solução centi-normal (0,01N), que se prepara dissolvendo em 1.000cc de água destilada 2,9gr do corante (porque o peso molecular é 290), si não possuímos a substância em comprimidos dosados e sim em pó.

A quanto de ácido ascórbico corresponde 1cc dessa solução?

Vimos que 2mg de diclorofenolindofenol são reduzidos por 1mg de vitamina C, logo:

2mg corante: 1mg vit. C :: 20mg (conteúdo 1cc sol. 0,01N) : X.

$$X = 1 \times 2,9$$

$$\underline{2}$$

$$X = 14,5mg$$

Portanto, cada cc equivale a 14,5mg de ácido ascórbico.

Para líquidos muito pobres em vitamina C — como sangue, extratos de tecidos, etc. — essa solução centi-normal é por demais concentrada; ha, porém, o recurso de diluí-la "ad libitum", levando-se isso em conta quando dos cálculos, naturalmente.

Preferimos a primeira solução por mais simples e por permitir maior radidez na execução do método.

Quanto à técnica, inúmeras foram propostas mas utiliza-se quasi que somente a de Harris e Ray.

## MÉTODO DE TILLMANS, TÉCNICA DE HARRIS E RAY

As demais técnicas, indicadas para a dosagem no sangue e nos tecidos nada mais são do que esta mesmo, variando as operações preliminares.

**EXECUÇÃO** — tomaremos como exemplo a urina acidificada com 10% de ácido acético glacial, mas poderá ser sangue ou extratos de tecidos convenientemente preparados, como ensinamos adiante.

1.º — Colocar em micro-bureta (tipo Mohr) graduada a 0,01cc o líquido a dosar, no nosso exemplo a urina.

2.º — Num pequeno bequer colocar 10cc da solução de diclorofenolindofenol.

3.º — Deixar cair gota a gota o líquido da bureta sobre o bequer, mexendo continuamente este com movimentos circulares da mão que o segura.

4.º — As gotas que caem determinam coloração vermelha no indicador porque o líquido da bureta é ácido.

5.º — O término da dosagem é assinalado pelo desaparecimento da cor vermelha no bequer, ficando o líquido com a mesma cor da bureta; o desaparecimento da cor vermelha significa que todo corante foi reduzido e sabemos que dessa reação resulta a sua leuco-base, incolor.

Se o líquido a dosar não for ácido (urina emitida na hora, por exemplo) convém, para uniformizar a técnica, pingar 2 gotas de ácido acético glacial no indicador do bequer, o qual assumirá coloração vermelha; este detalhe pode ser dispensado caso se queira e, então, o fim da titulação será marcado pela desapareção da cor azul, própria do corante em meio neutro ou alcalino.

Desse modo, cada comprimido nos permitirá dosar 5 amostras quaisquer (porque ele é dissolvido em 50cc d'água).

**CÁLCULO** — o primeiro cuidado é saber a quantos mg de ácido ascórbico correspondem os 10cc de indicador do bequer; isto é muito simples: vimos que cada cc é reduzido por 0,02mg de vitamina C, logo:

$$1\text{cc} :: 0,02\text{mg} :: 10\text{cc} : X$$

$$X = \frac{0,02 \times 10}{1}$$

$$X = 0,2\text{mg}$$

Deve-se ter sempre em mente que a quantidade de corante usado equivale a 0,2mg de ácido ascórbico.

O segundo cuidado é verificar o número de cc gastos na bureta.

De posse desses dados torna-se muito fácil conhecer o teor percentual de substância redutora no líquido examinado: digamos que foram gastos 2,5cc na bureta. Quantos mg% existem no líquido que se está titulando ?

Em 2,5cc existem 0,2mg,

Em 100cc existirão X

$$X = 0,2 \times 100$$

$$\underline{2,5}$$

$$X = 8\text{mg}\%$$

Após essas operações pode-se estabelecer a seguinte regra prática que evita esses cálculos: para se saber o teor percentual (mg%) é suficiente dividir 20 pelo número de cc empregados. E isto em virtude de sempre termos de multiplicar:  $0,2\text{mg} \times 100 = 20\text{mg}$ .

No exemplo acima: (figuramos ter gasto 2,5cc na bureta).

$$20 = 8\text{mg}\%$$

$$\underline{\quad}$$

$$2,5$$

Outro processo que se poderia empregar é uma inversão do precedente: o indicador vai para a bureta e o líquido a dosar para o bequer. Apresenta 2 inconvenientes suficientes para afastá-lo:

1.º — A leitura da reação tornar-se-ia muito difícil porque o término da dosagem seria assinalado pelo APARECIMENTO de cor rósea que, passando por inúmeras "nuances", tornaria imprecisa a técnica salvo uma grande prática do operador.

2.º — Teríamos de gastar muito mais diclorofenolindofenol do que pondo apenas 10cc no bequer, principalmente se o líquido for rico em vitamina C. Senão, vejamos: suponhamos que fossemos dosar um líquido contendo, nos 10cc do bequer, 1mg; cada comprimido é reduzido exatamente por essa quantidade e, se dissolvemo-lo em 50cc d'água, seria este o volume empregado. Resultado: uma quantidade que dá para dosar 5 amostras, como vimos, seria usada para uma só e, além disso, teríamos de encher a bureta várias vezes, segundo a capacidade da mesma.

### ÁCIDO ASCÓRBICO NA URINA

Da dosagem dessa substância na urina tratamos detalhadamente.

Convém repisar o seguinte: apesar de Hawk e Bergeim declararem que a urina acidificada com 10% de ácido acético glacial pode ser guardada por 12 horas, o prazo de 3 horas não deve ser excedido; embora a auto-oxidação só se acentue depois de 12 horas, após 3 ela tem início e, assim, um pouco de vitamina C se perderia.

O ácido ascórbico acha-se sempre presente na urina, como o verificaram pela primeira vez von Euler e Klussmann em 1933; mesmo que o indivíduo esteja em carência, ele está presente em quantidade pequena (0,2-0,5 mg por dia), naturalmente. É uma questão obscura a eliminação de uma substância tão necessária ao metabolismo celular, quando o organismo se acha carente da mesma e isso mostra que não é o excesso que se elimina, pois neste caso não há excesso.

A excreção urinária depende da ingestão, mas se esta for deficiente ou faltar àquela persiste, embora diminuída.

Por depender da alimentação os dados variam de autor para autor, eis alguns exemplos:

Harris e Ray (Inglaterra)	30-35mg. diários
von Euler e Malmberg (Suécia)	25 " "
Hawk e Bergeim (U. S. A.)	25 " "
van Eekelen, Emmerrie, Josephy e Wolff (Holanda)	15-25 " "
Gilberto Villela (Brasil, Rio)	15 " "

Os dados de Villela foram obtidos em indivíduos da classe pobre e por vezes os valores eram mais baixos.

Aceita-se, em média, 30 a 50 miligramas por dia, sendo entre nós esses valores mais baixos.

O teor urinário expressa o estado saturado, sub-carente ou carente do organismo.

Se a uma pessoa em carência administrarmos vitamina C o organismo, ávido dessa substância, fixa-la-a quasi toda e a eliminação aumentará muito pouco; ao contrário, se o organismo estiver saturado a excreção aumentará muito. São as chamadas provas de carga em que, por exemplo, se injeta no paciente 100mg intravenosamente e dosa-se a urina antes, depois de 3 e 24 horas: prova de Ralli, Friedman e Kaslow. A eliminação é máxima após 3 horas.



Segundo Ralli e colaboradores é o seguinte o comportamento dos indivíduos depois da injeção "test":

1 — Normais (boa dieta) . . . . .	eliminam 40 % da substância
2 — Sub-nutridos . . . . .	" 11 % " "
3 — Escorbúticos . . . . .	" 2,6 % " "

Outras provas existem, como a de Harris e Ray, mas aquela é melhor.

A presença de ácido ascórbico ou vitamina C na urina recebeu de Gilberto Villela o nome de ASCORBINÚRIA, hoje muito generalizado.

### ACIDO ASCÓRBICO NO SANGUE

Dá-se o nome de ASCORBINEMIA à presença dessa substância no sangue.

Duas técnicas são principalmente referidas para a determinação da ascorbinemia: a de Farmer e Abt e a de Pijoan e Klemperer.

TÉCNICA DE FARMER E ABT — descrita em 1935, reúne as preferências da maioria dos autores e achamo-la mais exequível.

Baseia-se na determinação pelo indicador de Tillmans (diclorofenolindofenol), variando apenas as operações preliminares.

1.º — Por flebocentese colher 10cc de sangue e colocar num tubo de centrifugação contendo 0,2% de oxalato de sódio, o que corresponde a 0,02gr de substância; centrifugar durante 3 minutos a 3.000 rotações por minuto. Desse modo se obtém o plasma oxalatado (como Farmer e Abt não referem método especial para preparação do plasma oxalatado indicamos esse, muito bom).

2.º — Pipetar 2cc do plasma e colocar num tubo de centrifugação de 15cc e adicionar: 4cc de água destilada mais 4cc de ácido metafosfórico a 5%. Misturar e centrifugar.

3.º — Transferir o líquido límpido que sobrenada para uma micro-bureta e titular pelo método de Tillmans, técnica de Harris e Ray (V. Apêndice); ou então, transferir para um bequer e dosar pelo segundo método, inversão do primeiro, em que o reativo vai para a bureta.

TÉCNICA DE PIJOAN E KLEMPERER — descrita em 1936. Como as demais técnicas tem sofrido inúmeras modificações; a que descrevemos é uma delas. O que caracteriza a técnica de Pijoan e Klemperer é a adição de cianeto de potássio (V. mais adiante).

1.º — Num tubo de centrifugação colocar: 5mg de cianeto de potássio mais 10mg de oxalato de potássio e adicionar 6cc de sangue colhido por punção venosa.

2.º — Centrifugar a 3.000 rotações por minuto durante 3 minutos.

3.º — Pipetar 2cc do plasma obtido e juntar: 15cc de uma solução N/2 de metafosfato de sódio mais 3,75cc de soluto 2/N de ácido clorídrico; em lugar deste último pode ser usado ácido metafosfórico: 6cc duma solução a 10% recentemente preparada.

4.º — Agitar e centrifugar durante 3 minutos a 3.000 rotações por minuto.

5.º — Transferir o líquido que sobrenada e titular pelo método de Tillmans (V. Apêndice).

O cianeto de potássio é utilizado com a finalidade de impedir a oxidação do ácido ascórbico, mas Farmer e Abt contestaram o valor dessa substância em 1938 e mostraram que ela reduz o indicador de Tillmans.

O mais sensato é adotar o método de Farmer e Abt, mesmo porque autores qualificam as modificações introduzidas por Pijoan e Klemperer como sendo de escasso valor.

**TAXA ASCORBINÊMICA** — a vitamina C é pouco abundante no sangue; os dados fornecidos por diversos autores não comportam grandes divergências, apesar de ascorbinemia depender da riqueza ou pobreza cevitária da alimentação.

Segundo Gabbe, a taxa no sôro é a seguinte: 0,14 a 1,21mg%.

Farmer, Abt e Epstein fornecem dados interessantes com os quais construímos este quadro:

1.º — Crianças em dieta adequada de vitamina C: 0,75 a 2,42mg%; estes números representam os valores normais nas crianças.

2.º — Crianças aparentemente normais em dieta pobre de vitamina C: 0,51 a 0,77mg%.

3.º — Para os adultos as variações são semelhantes.

4.º — Valores abaixo de 0,75mg% indicam ingestão insuficiente de vitamina C.

5.º — Valores abaixo de 0,50mg% indicam escorbúto.

Outros dão 0,7 a 2,0mg% e assim por diante.

Villela encontrou, nos normais, de 0,77 a 2,5mg% e de 0,52 a 0,76mg% para os sub-nutridos.

E' interessante notar que em povos de hábitos alimentares tão diversos como o americano do norte e o brasileiro tenham

sido achados números tão próximos. E' forçoso aceitar os dados de Villela porque foram verificados em nossa gente.

Esses dados se referem ao plasma e ao sôro. E os elementos figurados?

Segundo van Eekelen e Emmerie e muitos outros o ácido ascórbico está repartido igualmente entre o plasma e as hemácias. Para Stephens e Hawley isso é exato, porém, nos leucócitos é muito mais abundante; estes autores acrescentam um dado interessante: no sangue dos leucêmicos a quantidade é bem mais alta do que normalmente, oscilando entre 1,7 a 5,5mg%.

No sangue total, segundo Hawk e Bergeim, a taxa ascorbêmica é de 0,8 a 2,4mg%.

No que tange à determinação da substância em apreço nos elementos figurados, é necessário isolá-los rapidamente do plasma para evitar a hemólise: colher sangue com oxalato de sódio (0,2%), centrifugar bem, retirar o plasma oxalatado sobrenadante, lavar com soluto fisiológico, centrifugar e isolar a parte líquida; assim se obtém a parte figurada do sangue.

Que forma, oxidada ou reduzida, reveste o ácido ascórbico no sangue?

Está quasi todo sob a forma reduzida; a forma oxidada, ácido dehidro-arcórbico, existe em quantidade escassa, não obstante os surpreendentes dados de van Eekelen:

Forma oxidada . . . . .	2,5 mg %
Forma reduzida . . . . .	0,5 mg %

Como vemos, a primeira seria 5 vêzes mais abundante. Esses dados não foram confirmados: Borsook e colaboradores demonstraram que o ácido ascórbico sanguíneo está, todo ele, sob a forma reduzida.

Esses fatos são importantes porque o ácido dehidroascórbico, embora tão ativo como o reduzido do ponto de vista anti-escorbútico, não reduz o diclorofenolindofenol.

A ascorbinemia depende da ingestão de vitamina C, seja pura ou veiculada nos alimentos. Villela verificou isso muito bem suprimindo de um paciente os alimentos que contêm ácido ascórbico: houve acentuada baixa do teor cevitâmico do sangue; eis a representação numérica da experiência:

	Vit. C (mg %)
Antes de modificar a dieta . . . . .	1,83
Após 2 dias de modificação . . . . .	0,87
" 3 " " " . . . . .	0,80
" 5 " " " . . . . .	0,71

Para se verificar o estado do organismo em relação à vitamina C, tomando por base a ascorbinemia, há 2 provas:

1.ª — Prova de saturação — colher sangue e determinar a taxa ascorbinêmica; injetar intravenosamente, durante 8 dias, 100-200 mg de ácido ascórbico. Retirar sangue para dosagem da substância no 2.º e 8.º dias.

Conforme tenha havido acentuado ou pequeno aumento da ascorbinemia ficamos informados do estado do paciente. Não insistimos porque não oferece vantagens sobre a seguinte.

2.ª — Prova de carga — preferível por mais rápida e evitar tantas injeções venosas que aborrecem o paciente.

Praticar uma injeção venosa de 200 mg de vitamina C, tendo dosado a mesma no sangue previamente; depois de 3 e 24 horas retirar sangue para análise.

Apreciação do resultado: normalmente há um aumento de 30% na ascorbinemia e o organismo estará saturado; nos estados carenciais, maximé no escorbuto, o aumento é pouco acentuado.

A dose necessária para a saturação depende do valor inicial da ascorbinemia. Exemplo: um paciente com 1,3 mg% no sangue ficará saturado com a dose de 0,2 mg, ao passo que se tivesse apenas 0,3 mg% precisaria mais de 2 gr. (Vilela).

OBSERVAÇÃO — está perfeitamente demonstrado que os compostos que contêm cobre (Cu) exercem notável ação catalítica sobre a oxidação do ácido ascórbico, acelerando-a de veras e transformando-o em ácido dehidro-ascórbico (V. 1.ª página); este é biologicamente tão ativo quanto o primeiro mas não pode ser dosado pelo método de Tillmans, já que não reduz o corante. Certa quantidade de cobre está sempre presente no sangue e, além disso, há a possibilidade muito viável de ser ele veiculado como impureza dos reativos.

Adiante veremos que Fugita e Iwatake impugnaram o uso do ácido tricloro-acético porque este também reduz o indicador; por proposta desses autores está sendo usado o ácido metafosfórico na concentração de 1,5% que, além de substituir com grande vantagem o primeiro, exerce ação anti-catalítica sobre o cobre.

Segundo Lyman e colaboradores (citados por Tupynambá) se o pH for mais ou menos 7 não há inibição da catálise.

Esses fatos veem, mais uma vez, falar a favor da técnica de Farmer e Abt, a qual utiliza o ácido metafosfórico como des-proteinizante.

## ÁCIDO ASCÓRBICO NOS TECIDOS

A determinação do ácido ascórbico nos tecidos — sejam animais ou vegetais — é relativamente simples e pode ser feita por dois métodos principais; ambos terminam pela titulação com o diclorofenolindofenol, com a técnica de Harris e Ray.

MÉTODO DE BESSEY E KING — sucos de frutas cítricas, como de limão e laranja, dispensam prévia extração e são dosados diretamente.

1 — Tomar 5 ou 10 gramas de tecido (vegetal ou animal) num almofariz com areia de quartzo mais 25 cc de uma solução contendo: ácido tricloroacético 8% e ácido metafosfórico 2%; para plantas é preferível 8% de ácido acético quente.

2 — Triturar até formar uma fina pasta.

3 — Centrifugar muito bem a mistura e decantar o líquido límpido.

4 — O almofariz e a areia são lavados e a centrifugação repetida 2 vezes com o líquido de extração, na quantidade respectiva de 10 e 15 cc.

5 — Os extratos combinados serão completados até 50 cc.

6 — Diluir 10 cc do extrato com 40 cc d'água destilada e titular pelo método de Tillmans (V. Apêndice).

## MÉTODO DE VAN EEKELEN E EMMERIE

1 — Tomar num almofariz 10-20 gramas de tecido mais areia de quartzo e 20 cc de ácido tricloroacético a 3%.

2 — Triturar rapidamente.

3 — Lavar a pasta obtida com ácido tricloroacético a 3% em cálice de 100 cc, rejeitando a areia.

4 — Completar o volume para 100 cc.

5 — Misturar bem e filtrar. Se o material assim tratado permanecer muito espesso deve ser centrifugado.

6 — Tomar 20 cc do extrato e neutralizar com carbonato de cálcio (a reação continuará ácida para o tornessol mas não para o vermelho congo).

7 — Ajunta-se 10 cc duma solução a 20% de acetato de mercúrio (depuração, que já vimos, para eliminar os compostos orgânicos sulfurados, que também são redutores).

8 — Centrifugar e decantar o líquido que sobrenada o precipitado.

9 — Passar por ele uma corrente de gás sulfídrico para precipitar o excesso de acetato de mercúrio; filtrar.



10 — O filtrado é colocado numa proveta e saturado com gás sulfídrico.

11 — Bem arrolhada a proveta, é guardada no escuro por algumas horas.

12 — Após, elimina-se o gás sulfídrico por meio de uma forte corrente de gás carbônico passada durante uma hora através do líquido. A operação é controlada por um papel de acetato de chumbo que, como sabemos, em presença do gás sulfídrico passa de incolor à negro (formação de sufeto de chumbo).

A vantagem do método de van Eekelen e Emmerie sobre o de Bessey e King é que elimina os reductores inespecíficos: cisteína, tiosulfatos, etc.; mas em compensação é muito mais demorado.

Tratando-se de tecido supra-renal é forçoso empregar o primeiro descrito porque o acetato de mercúrio gera com as substâncias do parênquima supra-renal um composto que reduz o corante em meio ácido, como verificou o próprio van Eekelen.

Todos os tecidos animais apresentam ácido ascórbico, mas destacam-se a hipófise, supra-renal, testículos e ovários.

## APÊNDICE

Titulação do ácido ascórbico no sangue e nos extratos de tecidos: — trata-se de líquidos muito pobres em vitamina C e por isso corremos o risco do líquido colocado na bureta não ser suficiente para reduzir todo diclorofenolindofenol colocado no bequer, não dando assim a mudança de cor e ficando a amostra de material inutilizada.

Obvia-se o impasse de duas maneiras:

1.ª — Se temos solução de 1 comprimido (0,002 gr de corante) em 50 cc de água vamos completar o volume para 100 cc e assim diluído iremos surpreender líquidos pobres em ácido ascórbico logo na primeira dosagem.

2.ª — Ou, então, fazemos logo a dissolução em 100 cc de água.

Para a urina, soluções puras da substância, etc., já vimos que se deve dissolver em 50 cc de água.

TITULAÇÃO DO DICLOROFENOLINDOFENOL — si, ao invés de termos esse composto em comprimidos de teor conhecido, o possuímos em pó, seremos obrigados a dosá-lo, após prévia dissolução.

Será conveniente utilizar uma solução centi-normal, que já vimos anteriormente; segundo ficou estabelecido por cálculos teó-



ricos, cada cc equivale a 14,5 mg de ácido ascórbico. Deve-se dosar para ver se corresponde à realidade.

Para dosar essa solução é suficiente preparar no momento um padrão de ácido ascórbico puro e cristalino contendo 14,5 mg, que se coloca na bureta; no bequer vai o corante a dosar. O resto é verificar se àquela quantidade de vitamina C reduz exatamente o indicador.

Para os empregos correntes essa solução do corante é muito concentrada: pode ser diluída "ad libitum" levando-se na devida conta quando dos cálculos.

EMPREGO DO ÁCIDO TRICLOROACÉTICO — no tange ao uso dessa utilíssima substância há um reparo a fazer: Fugita e Iwatake demonstraram que o ácido tricloroacético também reduz o diclorofenolindofenol, constituindo isso um grave defeito. Propõem esses autores a sua substituição pelo ácido metafosfórico em todos os casos na concentração de 1-5%. Outro defeito do ácido tricloroacético é que não inibe a oxidação da vitamina C, deixando o cobre agir livremente.

Como esse assunto é descuido pelos autores, que empregam a substância acusada "larga-manu," procuramos, no laboratório, ver o que há de verdade nisso uma vez que o ácido tricloroacético é de extraordinário emprego no estudo da vitamina C, como já vimos.

Desde logo notamos que realmente o dito ácido reduz o corante em um tempo que permite excluir a auto-redução.

Colocando-se ácido tricloroacético a 3% (concentração habitualmente usada) em um tubo contendo o corante (soluto indicado), ficando tudo ao abrigo do ar por meio duma camada de óleo de vaselina neutro, observa-se primeiramente a passagem da cor azul para vermelha e, no prazo máximo de 6 minutos, o descoramento do líquido, o que indica redução do diclorofenolindofenol. Esta simples experiência invalida o uso do ácido tricloroacético.

Soluções extremamente fracas desta substância parecem não ter ação sobre o indicador (verificamos que solutos contendo 0,03 mg de ácido por cc nem conferem coloração vermelha ao corante.

NOVA REAÇÃO QUALITATIVA PARA IDENTIFICAÇÃO DO ÁCIDO ASCÓRBICO — verificamos, pela primeira vez, nova reação que permite descobrir vitamina C em líquidos claros porque se baseia no aparecimento de uma cor que varia do amarelo escuro ao marron ou castanho escuro, segundo a concentração da substância em apreço.

A coloração citada aparece quando um líquido contendo ácido ascórbico é tratado por quantidade igual de soluto de ni-

trato de urânio, desaparecendo por adição de ácido tricloroacético (a 3%, por exemplo) ou carbonato ácido de sódio (a 10%, por exemplo).

A quantidade de nitrato de urânio a ser usada pode ser enquadrada em extensos limites; aconselhamos um soluto a 5%.

A solução do sal urânico a ser usada é amarela citrina e não se confunde com a amarela escura ou marrom da reação; aliás, bom recurso é compará-las, evidenciando-se assim a grande dissemelhança. Outra diferença consiste no fato de que a cor da reação desaparece completa e imediatamente com a junção de ácido tricloroacético ou carbonato ácido de sódio e a do reativo não se altera.

Esta reação é bastante sensível: com 0,001 gr de ácido ascórbico fornece resultado nitidamente positivo; com 0,5 mg também é claramente positiva. Nestes casos, em que a vitamina C é escassa, é de bom alvitre examinar a proveta contra fundo branco, pois, favorece a leitura.

Nossa experimentação na urina tem dado resultado em extremo duvidoso; a coloração não se desenvolve com clareza e, além disso, o reativo precipita grande parte das substâncias sólidas dissolvidas na urina.

O fato do líquido urinário não dar reação positiva vem mostrar que ela é específica, pois, os outros redutores urinário não dão; realmente, a experimentação com grande número de substâncias tem mostrado que ela é efetivamente específica para a ácido ascórbico.

O assunto é muito novo ainda e requer estudos mais extensos.

## CONCLUSÕES

1.ª — O método ideal para titulação da vitamina C e o de melhor técnica para a execução deste processo é o de Harris e Ray.

2.ª — Importantes conclusões de ordem clínica são tiradas desses exames, com as provas de carga e de saturação.

3.ª — O ácido tricloroacético na concentração habitualmente usada (3 %) deve ser posto de lado no estudo do ácido ascórbico por reduzir o reagente de Tillmans.

4.ª — O ácido ascórbico e o diclorofenolindofenol se perdem em contato com o ar.

5.ª — As taxas ascorbinúrica e ascorbinêmica normais são respectivamente: 30-50 mg. diários e 0,77-2,5 mg %.

6.ª — O nitrato de urânio (aproximadamente 5 %) em presença do ácido ascórbico gera coloração amarela escura-marrom, o que constitui nova reação qualitativa.

7.<sup>a</sup> — Ela é considerada até agora específica, pois, a experimentação com numerosas substâncias — inclusive as de estrutura aproximada, como a glicose, por exemplo, deram resultado inteiramente negativo.

Endereço: Rua Siqueira Campos, 139

### BIBLIOGRAFIA

- 1 — BAPTISTA (V.) — Vitaminas e avitaminoses — 1942.
- 2 — HAWK (P. B.) e BERGELM (O.) — Practical physiological chemistry 11.<sup>a</sup> ed., 1944.
- 3 — HENNY (R.) — A vitamina C e sua titulação na urina — Medicina, n.º 171, Abril, 1937.
- 4 — LUZ (H. S.) — Pré-carencia de vitamina C. Testes laboratoriais e clínicos. Critica — Sep. do "O Hospital", vol. 19, n.º 2, 1941.
- 5 — MARTINI (E.) — Vitamina C in G. Lorenzini — Vitaminas e síndromes de avitaminoses — Pag. 129, 1944.
- 6 — PEDROSA (X.) — Contribuição ao estudo clínico da disvitaminose C — Sep. do "O Hospital", vol. 12, n.º 2, 1937.
- 7 — RALLI (E. P.), FRIEDMAN (G. J.) e KASLOW (M.) — An excretory test for vitamin C deficiency and subnutrition — Proc. Soc. Exp. Biol. Med., vol. 36, pag. 52, 1937.
- 8 — SHERMAN (C. C.) e SHERMAN (H. C.) — The water-soluble vitamins — Annual Rew. of Bioch., vol. 6, pag. 335, 1937.
- 9 — TUPYNAMBA (A. A.) e OLIVEIRA LIMA (A.) — Considerações sobre a dosagem do ácido ascórbico no sangue — Brasil-Médico, vol. 53, n.º 2, pag. 28, 1939.
- 10 — VILLELA (G. G.) — Estudos sobre a vitamina C (ácido ascórbico) — Sep. do "O Hospital", vol. 7, n.º 1, 1937.
- 11 — VILLELA (G. G.) — Métodos bioquímicos para o estudo do metabolismo das vitaminas na clínica — Resenha clínico-científica, n.º 2, pag. 61, 1944.
- 12 — VON EULER (H.) — The water-soluble vitamins — Annual Rew. of Bioch., vol. 5, pag. 355, 1936.

● Solução concentrada de glicorofosfatos "cerebrais": de sódio, de potássio e de magnésio.  
 ● Leva as matérias minerais específicas indispensáveis a reconstituição e ao funcionamento da célula nervosa.  
**NÃO CONTEM ESTRICNINA  
 NEM ARSÊNICO**  
**ISOTOMENTO CEREBRAL. CON-  
 VALESCENÇA. NEURASTENIA.**



## Nevrosthénine Freyssinge

Gatos

Fabricado no Brasil com licença especial do LAB. FREYSSINGE - PARIS - FRANÇA.  
 SOCIEDADE ENILA LTDA. Caixa 484. Rio de Janeiro. Única distribuidora para o Brasil.

OBEDECENDO À LEI DOS TRÊS ERRES

# Digitalina Rhodia



**OS BATIMENTOS CARDÍACOS**

Ao prescrever Digitalina,  
convém especificar sempre  
a marca "RHODIA"

**VIDROS DE 10 cm<sup>3</sup>**



★ CORRESPONDÊNCIA: **RHODIA** - CAIXA POSTAL 95-B - SÃO PAULO ★

R. 2-30

PANAM - Casa de Amigos

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM 19 DE ABRIL

Presidente: Dr. Gastão Rosenfeld

**Dois casos de moléstia de Chagas com insuficiência cardíaca.** — Dr. Ariovaldo Carvalho. — O autor apresenta dois casos de moléstia de chagas, um de sua clínica particular e outro da enfermaria do Prof. Almeida Prado, ambos com grave e precoce insuficiência cardíaca. O primeiro, proveniente de Fartura, com história cardíaca de 2 meses apenas (palpitações, dispnéias e edemas) não acusava no passado mórbido nenhuma doença responsável pela cardiopatia. O exame revelou um coração enorme, com arritmia completa, ruído de galope, sem lesão valvular, e sinais de insuficiência cardíaca congestiva, de grau médio. A radioscopia e radiografia do coração evidenciaram um grande aumento global da área, mais à custa do V. E. com grande diminuição da amplitude das pulsações. Pelo eletrocardiograma verificou-se a presença de numerosas extrasístoles politópicas, pequena amplitude dos complexos. Q. R. S. entalhado e alargado, e portanto, sinais de bloqueio do ramo direito. A reação de Machado Guerreiro foi fortemente positiva. O doente foi medicado da assistolia, e depois de melhorado, teve morte súbita.

O segundo doente, também com história cardíaca, procedente de São Joaquim, entrou na enfermaria com edemas e um ritmo lento

e instável, ora apresentando bloqueio completo, ora incompleto, com 36 ou 74 pulsações por minuto, mutações estas muito rápidas. A área cardíaca era globalmente aumentada, e pelo exame só se notava o abafamento das

UM  
APARELHO  
PARA PRESSÃO  
ARTERIAL



ASCLEPIO MIRA LTDA.  
RUA SÃO BENTO 200-2º AND

bulhas e às vezes a bulha em canhão. O eletrocardiograma, numa ocasião revelou o bloqueio completo, aurículo-ventricular. Os complexos, de pequena amplitude, eram entalhados e alargados. Extrassístoles frequentes. Reação de Machado Guerreiro fortemente positiva. Foi examinado um triatoma capturado na casa do doente, verificando-se estar infectado pelo "Tripanosoma cruzi". O doente saiu da assistolia com facilidade, o ritmo melhorou, mas ainda é instável, e atualmente está tomando Neoestibosan.

Em seguida o autor passou em revista os trabalhos de Chagas, exaltando o seu genial trabalho. Combateu o chamado sinal de Romã, reivindicando para Chagas a sua descrição original. Mencionou os estudos da Escola de São Paulo, principalmente os de ordem epidemiológica. Referiu-se aos trabalhos das Escolas Argentina e Uruguiana, encabeçados por Mazze e Talice. Concluiu afirmando que a obra de Chagas talvez seja a única, pela sua unidade e acabamento, em toda a história da medicina.

Comentários: Dr. Mauro Pereira Barreto. — Quero, em primeiro lugar, felicitar o Dr. Ariovaldo Carvalho pela maneira elegante e brilhante com que expoz o seu trabalho. Por outro lado desejo fazer uma pergunta e um ligeiro reparo.

A pergunta refere-se ao primeiro caso relatado. Diz o autor que o primeiro xeno-diagnóstico, feito com barbeiros criados em nosso Departamento na Faculdade de Medicina, foi negativo. Diz mais que foi feito um segundo xeno-diagnóstico por um colega de Fartura. Desejo saber se este colega empregou barbeiros seguramente "limpos" e qual foi o resultado.

O reparo se refere à reação de Guerreiro-Machado, que foi o elemento de diagnóstico nos dois casos. Ora, esta reação não é específica da tripanossomíase americana, sendo positiva em outras moléstias em particular na lichma-

niase cutâneo-mucosa. Assim sendo, e de um modo geral, só o encontro do "T. cruzi" no sangue, pelo xeno-diagnóstico, em biopsias, em inoculações experimentais ou ainda em autopsias permite o diagnóstico de certeza. Desejo salientar a necessidade do estabelecimento de sinais e sintomas clínicos da fase crônica com base em casos comprovados pelo encontro do "T. cruzi". Do contrário, cairemos no erro já feito no passado, qual seja a de estender a etiologia tripanossomótica a outras moléstias crônicas com sintomatologia parecida. E' esta, pelo menos, a opinião de um individuo de laboratório.

Prof. Samuel Pessoa. — Assisti várias conferências de Chagas sobre a moléstia por ele mesmo descoberta e assim como homem de laboratório, quero felicitar vivamente o dr. Ariovaldo Carvalho pelo seu trabalho que, encarando a M. de Chagas sob o ponto de vista clínico é ótimo, e muito útil à todos nós, clínicos ou não, que perambulamos pelo interior.

A questão da moléstia de Chagas, está num constante vai-vem. No princípio só se cuidava de diagnosticar casos crônicos, e como eles são de difícil diagnóstico, a moléstia foi sendo esquecida. Depois com a pesquisa de casos agudos, voltou novamente ao cartaz, mas justamente os mais interessantes. Há vários processos de diagnóstico de casos crônicos de xeno-diagnóstico, não são de absoluta segurança e freqüentemente falham. E' possível que a repetição continua do xeno-diagnóstico eleve o número de casos positivos nas formas crônicas. Quanto à reação de Machado Guerreiro os AA. são muito discordes no que diz respeito aos seus resultados, mas a especificidade desta reação parece que é muito elevada. Os presentes casos apresentados têm o seu diagnóstico confirmado pela reação de Machado Guerreiro e isto ao lado dos comemorativos clínicos é o suficiente para firmar aquêle diagnóstico.



Os casos de lichmaníase principalmente da forma cutâneo-mucosa podem dar reação de Machado Guerreiro positiva. Nos presentes casos entretanto, esta hipótese está afastada.

Dr. J. L. Pedreira de Freitas. — Depois de felicitar o A., desejo perguntar-lhe, uma vez que o A. em seu trabalho encara a moléstia de Chagas no Estado de São Paulo, se pode informar com segurança se os seus doentes sempre residiram neste Estado particularmente nos municípios onde residem atualmente. Este dado apresenta grande interesse epidemiológico.

Dr. João Alves Meira. — Desejo antes de mais nada felicitar o Dr. Ariovaldo de Carvalho pela apresentação de seu trabalho. Parecem muito oportunas as considerações que ele fez sobre o diagnóstico clínico das formas cardíacas da tripanossomíase cruzi. Desde que a moléstia de Chagas, incide no Estado de São Paulo devemos ter voltada a nossa atenção para a possibilidade de seu diagnóstico clínico. Realmente, não é de todo infrequente o encontro nas nossas enfermarias de pacientes com quadros clínicos de insuficiência cardíaca congestiva nos quais não se consegue demonstrar nem a presença de lesões óro-valvulares, nem de arterioesclerose ou de hipertensão arterial. O exame físico apura sempre sinais de comprometimento miocárdio mas o interrogatório de tais casos é negativo quanto a infecção reumática, antecedentes sífilíticos e quanto a existência de infecções agudas recentes. Para esses casos é que devemos ter nossa atenção voltada para a possibilidade de se tratar de uma forma cardíaca da moléstia de Chagas. Devemos então nos esforçar para demonstrar tal etiologia pelos meios diagnósticos subsidiários adequados. Quanto às dificuldades do diagnóstico lembro a propósito um caso que observei em colaboração com o Dr. Ramos Júnior e em vias de ser publicado no O Hospital. Tratava-se de um

paciente com um quadro clínico de insuficiência cardíaca congestiva, com enorme dilatação cardíaca, ruído de galope e um bloqueio parcial verificado ao exame eletrocardiográfico. Em sua história mórbida havia sido consignado o fato de ter residido o paciente por muitos anos em zona endêmica de Moléstia de Chagas e que ele havia sido várias vezes picado por rtiomas que frequentavam o seu domicílio. Em vista disso, foi suposto em vida o diagnóstico de uma miocardite chagásica. Vindo o paciente a falecer, a necropsia veio revelar, além de uma esquistossomose retal, pulmonar e hepática, a existência de uma miocardite. A princípio os cortes histológicos não puderam esclarecer a etiologia de tal miocardite e só exames posteriores, repetidos em outras porções do tecido do músculo cardíaco, é que vieram evidenciar a presença das formas em lichmânia do "T. cruzi" no miocárdio. Que tal diagnóstico é por vezes difícil, mesmo anátomo-patologicamente, temos a prova nos trabalhos de Mazza, Jorg e Feijó que apelam para os dados clínicos e epidemiológicos, quando descrevem e reconhecem as formas de miocardite com os caracteres da miocardite de Fiedler na tripanossomíase americana.

Dr. Gastão Rosenfeld. — Devo ao Dr. Ariovaldo, a informação de que a reação não foi feita por mim e sim pelo Dr. Felipe Vasconcelos, meu companheiro de trabalho que faz a parte de serologia.

O antígeno utilizado foi o extrato glicerinado de baço de cãozinho infestado, segundo a técnica de Guerreiro e Machado. Foi gentilmente fornecido pelo Dr. Emmanuel Dias em 1939, já foi por nós utilizado para um trabalho feito em colaboração com o Dr. Francisco Cardoso, tendo funcionado muito bem e com grande especificidade. Nessa ocasião foi controlado com vários soros de casos de moléstia de Chagas e numerosos outros Wassermann negativos e positivos. Desta vez, o

Dr. Felipe controlou com soros de caso de moléstia de Chagas, de sífilíticos e não sífilíticos.

Quanto às críticas à reação de Guerreiro e Machado, em geral, parece que são os trabalhos que devem primeiramente ser criticados. Vários dos autores que não têm obtido bons resultados trabalharam com antígenos diversos e em animais diferentes, sendo difícil comparar as conclusões. A reação parece ser bastante específica e sensível com soros humanos. Quanto aos antígenos, é preciso que haja unidade na seleção das raças de tripanossomas, que, creio, devem ser de preferência isolados direta ou indiretamente de casos humanos. O seu preparo também deve ser uniformizado para poder comparar resultados. As grandes diferenças das condições das experiências feitas explicam o fato da reação dar bons resultados para uns e maus para outros.

Quanto à lichmaníase tegumentar parece ser realmente causa de erro, pois dá reações de Guerreiro e Machado positivas, a julgar por dados que merecem confiança, como os obtidos por Romaña e Dias.

No caso do Dr. Ariovaldo o resultado da reação merece confiança, pois essa última causa de erro pode ser afastada, não há suspeita clínica da moléstia e ainda, segundo acaba de informar o Prof. Samuel Pessoa, não há ou é muito rara a lichmaníase na zona donde vem o doente.

Quanto aos dados clínicos, são de grande importância para estabelecer o diagnóstico, que nem sempre se pode basear em dados definitivos de laboratório, os tripanossomas nem sempre estando na circulação para termos pesquisas diretas ou xeno-diagnósticos positivos. Daí a importância que nos parece ter a reação de Guerreiro e Machado (mesmo não sendo de segurança absoluta), para afirmar melhor suspeitas clínicas da moléstia, que tem um quadro clínico bastante característico e

46)

que, na maioria dos casos crônicos não podem ser confirmadas de outro modo.

Em nome da mesa agradeço ao Dr. Ariovaldo de Carvalho o seu trabalho.

Dr. Ariovaldo Carvalho — Agradeço aos colegas a atenção dispensada. De fato, se a reação de Machado Guerreiro é positiva para a moléstia de Chagas, também há uma grande positividade para a lichmaníase.

Quanto ao dr. Mauro-Pereira Barreto, devemos informar que o doente não fez o xeno-diagnóstico aqui em São Paulo. Quanto ao material tirado em Fartura para a realização das experiências, foram usados triatomídeos encontrados na casa onde morava o doente e também triatomídeos encontrados em outros lugares da mesma localidade.

Ao prof. Pessoa, agradeço as referências elogiosas ao nosso trabalho.

Ao dr. Pedreira de Freitas, devo dizer que o meu trabalho versa sobre casos encontrados só aqui em São Paulo. O doente de Fartura, foi o único que nunca esteve em outros lugares. O doente de São Joaquim, procede de Minas Gerais, mas pela sua história clínica, tudo leva a crer que a infestação se tenha dado em São Joaquim.

**Moléstia de Chagas com síndrome de Stokes-Adams** — Prof. Eduardo Monteiro. — O A. apresenta o caso de um indivíduo adulto do sexo masculino portador de um síndrome de Stokes-Adams cuja etiologia atribuiu à moléstia de Chagas em vista de a reação de Guerreiro-Machado, praticada pelo Dr. Felipe Vasconcelos, ter sido fortemente positiva.

**Comentários:** Prof. Samuel Pessoa. — E' meu desejo apenas, homenagear o grande mestre, prof. Eduardo Monteiro. Quanto à terapêutica, desejo lembrar o composto 7.602 da Casa Bayer, que é considerado específico para a moléstia de Chagas. Talvez o trata-

mento evite a morte súbita que geralmente fulmina o doente.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — O caso do prof. Eduardo Monteiro, quase que se superpõe ao meu segundo caso, que é de bloqueio incompleto. Qual seria a localização presumível do processo patológico nêstes dois casos?

Quanto ao tratamento, estamos usando o Neo-estibosan, mas por enquanto, não chegamos ainda a uma conclusão e respeito. O que posso adiantar, entretanto, é que os doentes suportam perfeitamente a terapêutica.

Dr. Gastão Rosenfeld. — Tenho a impressão de que na forma crônica a medicação específica não dará grandes resultados pois, mesmo eliminando os parasitas, as lesões anatómicas ficam e parecem ser irreversíveis. Quanto aos casos agudos, a medicação é eficaz; lembramos o caso de uma assistente do Prof. Brumpt que se contaminou no laboratório e parece que ficou completamente curada com o 7.602 de Bayer.

Agradeço ao Prof. Eduardo Monteiro o interessante caso que apresentou com sua característica clareza de exposição.

Prof. Eduardo Monteiro. — Quanto à pergunta do Dr. Ariovaldo Carvalho sobre a localização dos processos no miocárdio, o eletrocardiograma é muito instrutivo a respeito. No meu caso, as lesões estavam instaladas no feixe de His em pleno tronco enquanto que no caso do Dr. Carvalho, as lesões de feixe de His eram mais discretas.

Quanto ao tratamento, empreguei a Fudina que é um mercurial e também diurético. O doente desapareceu de nossas vistas e não sabemos qual o resultado do tratamento. O problema terapêutico da moléstia de Chagas não está ainda resolvido. Agradeço a atenção dos colegas.

**Observações sobre a ação da quinina coloidal na malária humana.** — Drs. A. L. Ayrosa Galvão, Renato R. Corrêa, Sílvia J. Grieco

e Lígia M. Ferreira. — Os AA. estudaram a ação da quinina coloidal, proposto por Seabra como poderoso antimalárico, sobre a malária induzida artificial em pacientes portadores de neuro-lues inoculados com "Plasmodium vivax". Embora usassem a droga nas doses preconizadas por aquele A. e procurassem obter as condições indicadas por ele, como as mais favoráveis, não verificaram nenhuma ação da quinina coloidal sobre a evolução da malária. Chamam a atenção para a importância de se levar em conta a evolução natural da malária a fim de não se tirarem conclusões falsas.

Comentários: Prof. Samuel Pessoa. — Já tivemos ocasião de chamar a atenção sobre o perigo de conclusões feitas quanto ao tratamento da malária natural, que apresenta numerosos casos de cura espontânea e uma parasitemia muito variável. Assim, se o indivíduo é tratado em uma fase de baixa parasitemia, teremos como resultado uma falsa cura terapêutica; pois o fenômeno ocorreria com ou sem a administração do medicamento, em experiência. Daí os numerosos remédios anti-palúdicos que aparecem na terapêutica popular. Mas, não passam de falsos anti-maláricos, ficando, por enquanto, apenas como verdadeira terapêutica, a quinina e os produtos sintéticos, atebrina e plasmoquina.

O caso da quinina coloidal descoberta por um cientista de grande renome e de grande honorabilidade científica como é o Dr. Seabra, é um exemplo do que acabamos de afirmar. Parecia de início uma arma surpreendente que viria revolucionar a terapêutica anti-malárica com grande economia de quinina. Mas os seus primeiros resultados não foram confirmados, pois houve erro na ocasião da experimentação julgando-se ver curas onde não havia, não passando tudo de uma baixa natural da parasitemia, independentemente do remédio. Eu mesmo tive ocasião de comentar este fato

com o Dr. Seabra, lembrando que os seus casos poderiam ser interpretados como melhoras ou mesmo espontâneas.

Assim, só tenho a cumprimentar o Dr. Grieco, pelas suas experiências conduzidas com grande rigor científico e com resultados que vieram demonstrar, mais uma vez, que a quinina coloidal, foi mais um sonho terapêutico que se esboroou, pois parece não ter ação nenhuma na malária. Felicito também os outros colaboradores deste importante e interessante trabalho.

Dr. Gastão Rosenfeld. — Agradeço aos AA. a sua conferência que é de grande interesse pelo espírito crítico, pela soma de trabalho que exigiu e pelas suas conclusões bastante interessantes.

**Malária aviária. VII. Alguns caracteres da infecção de "Gallus Gallus" pelo "Plasmodium Gallinaceum" Brumpt, 1935.** — Drs. M. Pereira Barretto e J. L. Pedreira de Freitas. — Empregando 40 frangos Leghorn brancos, pesando 300 a 350 gramas e inoculados com esporozoítas (picada de estegomias infectadas) ou trofozoítas e esquizontes (injeções intramuscular, intraperitoneal e intravenosa de sangue parasitado), o "P. gallinaceum" Brumpt, 1935 (amostra Brumpt, mantida nas condições do laboratório), estudaram, os autores, o comportamento da parasitemia, durante a fase aguda da infecção, e a duração do ciclo esquizogônico. Material e métodos são descritos detalhadamente e os resultados apresentados em quadros e gráficos.

São as seguintes as conclusões gerais a que chegaram:

1) Embora existam diferenças individuais, às vezes acentuadas, no curso das infecções, após o período prepatente, os parasitas se multiplicam rapidamente, a parasitemia sobe progressivamente, atingindo níveis elevados, até 15.406 parasitas por 100. eritrócitos.

2) Geralmente as infecções elevadas levaram os animais à morte.

A menor parasitemia máxima, em aves, cuja infecção for fatal, verificou-se em um frango que exibiu 7.628 parasitas por 10.000 eritrócitos.

3) A parasitemia máxima, nas infecções mortais, ocorreu entre o 4.º e o 9.º dia, geralmente entre o 5.º e o 7.º dia após o aparecimento dos primeiros parasitas no sangue periférico.

4) A morte se deu entre o 4.º e o 9.º dia, geralmente entre o 5.º e o 7.º dia, após o início da infecção aparente, e a parasitemia máxima foi sempre observada no momento ou pouco antes da morte.

5) A mortalidade foi sempre muito alta, atingindo 92,11% em aves jovens, pesando 300-350 gramas.

6) Se as altas parasitemias são geralmente mortais e a morte sobrevém no momento da parasitemia máxima, podemos, em alguns casos, observar altos níveis parasitários em infecções com tendência a remissão espontânea, embora, nestes casos, a parasitemia geralmente não atinja cifras muito elevadas.

7) Nas infecções com remissão espontânea, a duração do ataque primário, contada a partir do momento em que os parasitas são demonstráveis no sangue periférico, pelos processos usuais do exame, até ao momento em que os parasitas atingem níveis inferiores a 100 por 10.000 eritrócitos, variou entre 10 e 16 dias (média 13,4 dias).

8) A parasitemia máxima, nas infecções com remissão espontânea, foi observada entre o 5.º e o 10.º dia após o aparecimento dos primeiros parasitas no sangue; as fases ascendente e descendente da infecção têm geralmente a mesma duração, podendo, todavia, a fase ascendente ser mais curta do que a descendente e vice-versa.

9) Não há diferença na intensidade de infecção (grau de parasitemia) e na mortalidade em aves inoculadas com esporozoítas (picada de estegomias infectadas) ou

com trofozoítas e esquizontes (injeção de sangue parasitado). A via de inoculação (intramuscular, intraperitoneal e intravenosa), bem como a dose de parasitas inoculados, não parece influir no grau de parasitismo e na taxa de mortalidade, embora façam variar o período prepatente.

10) A infecção é geralmente tanto mais grave e mortal quanto menor é o peso da ave.

11) A duração do ciclo esquizogônico em 10 frangos examinados de 6 em 6 horas, durante um lapso de tempo de, pelo menos, 5 dias, foi de 36 e 42, sendo que os ciclos de 36 horas se mostraram mais de 2 vezes mais frequentes que os de 42 horas. Estes resultados, diferem tanto dos de Giovannola (Rev. di Parasit., 2:129, 1938) e Lumsden e Bertram (Ann. Trop. Med. & Parasit., 34: 135, 1940) como dos Beltran e Larenas (Rev. Inst. Salubr. y Enferm. Trop., 1:291, 1940).

12) Nas infecções mortais notou-se sempre o desaparecimento da periodicidade no fim da infecção, estando estes resultados em desacôrdo parcial com os de Lumsden e Bertram. Em uma ave, que foi observada até o fim da infecção que regrediu espontaneamente, também verificou-se o desaparecimento da periodicidade, nos últimos dias do período agudo.

13) Em todas as aves estudadas, com exceção de uma, observou-se um acentuado sincronismo das esquizogonias.

14) Na fase inicial de algumas infecções e na fase final das infecções mortais notou-se um assincronismo completo das esquizogonias.

15) Embora a proporção de esquizontes e rosáceas variasse de ave a ave e, na mesma ave, de dia a dia, de um modo geral não se observaram percentagens desses elementos tão grandes como as vistas por Giovannola, nem tão baixas quanto as observadas por Beltran e Larenas.

16) Não se observaram diferenças significativas no sincronismo

das esquizogonias em aves infectadas por estegomias ou inoculadas com sangue por via intramuscular, intraperitoneal ou intravenosa, estando estes resultados em desacôrdo com os de Giovannola e de Lumsden e Bertram.

**Malária aviária. VIII. — Sobre a ação da quinina, atebriina e outras substâncias em infecções pelo "P. gallinaceum" Brumpt, 1935.** — Drs. M. Pereira Barreto e J. L. Pedreira de Freitas. — Os autores relatam, no presente trabalho, os resultados obtidos com o cloridrato de quinina e a atebriina administrados terapêutica e profilaticamente a frangos "Leghorn" brancos, pesando 300-350 gramas, inoculados pelo "P. gallinaceum" Brumpt, 1935 (amostra Brumpt mantida nas condições de laboratório). Apresentam também os resultados conseguidos com a 4-nitro-4'-formilaminodifenilsulfona e a quinina coloidal (Brasilian) administrados terapêuticamente.

São os seguintes os resultados que obtiveram:

1) 22 frangos foram tratados, durante a fase ascendente do período agudo da infecção, pelo cloridrato de quinina, tendo o tratamento sido iniciado entre o 3.º e o 5.º dia de infecção aparente. a) Em 9 frangos que receberam, por via intramuscular, a dose diária de 50 mgs. do sal por Kg. de peso, durante 5 dias consecutivos, a parasitemia caiu abaixo de um caso em que a parasitemia só se mostrou inferior àquele nível no 10.º dia (média: 5,1 dias). b) Em 6 frangos que receberam, por via intramuscular, a dose diária de 100 mgs. do sal por Kg. de peso, durante 5 dias consecutivos, a parasitemia caiu abaixo de 100 por 10.000 ao fim de 3-4 dias (média: 3,5 dias). c) Em 7 frangos que receberam, por via oral, a dose diária de 100 mgs. do sal por Kg. de peso, durante 5 dias sucessivos, a parasitemia caiu abaixo de 100 por 10.000 ao fim de 4-7 dias (média: 5 dias). De 17 frangos que serviram para controle, ape-



nas um sobreviveu, morrendo os outros ao fim de 4-8 dias (média: 5,6 dias) de infecção aparente).

2) 20 frangos foram inoculados intramuscularmente com 100 milhões de parasitas (sangue parasita) e, em seguida, tratados pelo cloridrato de quinina, segundo o método de Roehl. a) 10 aves receberam, durante o período prepatente, a dose diária intramuscular, de 100 mgs. do sal por Kg. de peso, durante 6 dias consecutivos: o período prepatente oscilou entre 12 e 15 dias (média: 14 dias) contra um período prepatente de 5 a 7 dias exibido por 2 frangos que serviram para controle. b) 10 frangos receberam, durante o período prepatente oscilou entre 12 e 15 dias (média: 13,7 dias) contra um período prepatente de 5 e 6 dias exibido por 2 frangos que serviram para controle nos itens a) e b), estão de acordo com resultados mais amplos apresentados em trabalho anterior.

3) 20 frangos foram tratados, durante a fase aguda da infecção, pela atebрина, tendo o tratamento sido iniciado, no período ascendente, entre o 3.º e o 6.º dia de infecção aparente. a) Em 12 frangos que receberam a dose intramuscular diária de 10 mgs. da droga por Kg. de peso, durante 5 dias consecutivos, a parasitemia caiu abaixo de 100 por 10.000 ao fim de 4-6 dias (média: 4,4). b) Em 8 frangos que receberam, por via oral, a dose diária de 20 mgs. da droga, durante 5 dias, a parasitemia caiu abaixo de 100 por 10.000 ao fim de 4-8 dias (média: 5,1 dias). De 17 frangos que serviram para controle, apenas um sobreviveu, morrendo os outros no fim de 4-8 dias (média: 5,6 dias) de infecção aparente.

4) 20 frangos foram inoculados por via intra-muscular com 100 milhões de parasitas (sangue) e, em seguida, tratados pela atebрина, segundo o método de Roehl. a) 10 aves receberam, durante o período prepatente, a dose diária intramuscular de 10 mgs. da droga por Kg. de peso: o período prepatente

oscilou entre 11 e 15 dias (média: 12,9 dias), contra períodos de 5 e 6 dias em 2 frangos que serviram para controle. b) 10 aves receberam, durante o período prepatente, a dose diária oral de 20 mgs. da droga por Kg. de peso: o período prepatente oscilou entre 11 e 13 dias (média: 12,2) contra períodos de 5 e 7 dias em 2 frangos que serviram para controle.

5) Os resultados obtidos com o uso terapêutico da quinina e atebрина estão de acordo com os de Brumpt, Bovel e Brumpt (Festschr. Bernhard Nocht, p. 61, 1937), mas os conseguidos com o emprego profilático dessas drogas se acham em completo contraste.

6) 6 frangos foram tratados por via intramuscular, durante a fase ascendente do período agudo, com a 4-nitro-4' formilaminodifenilsulfona em suspensão oleosa a 10%. O tratamento foi iniciado entre o 3.º e o 5.º dia da infecção aparente, recebendo 4 frangos a dose diária de 0,3 gs. da droga por Kg. de peso, durante 6 dias, e, os outros 2, a mesma dose, durante 8 dias. Quatro frangos responderam bem ao tratamento caindo a parasitemia abaixo de 100 por 10.000 ao fim de 4-7 dias de infecção aparente; um frango só atingiu este nível mínimo ao fim de 11 dias; outro frango, enfim, morreu pouco parasitado (1.507 por 0.000) no 14.º dia da infecção aparente, depois de ter mostrado uma parasitemia de 5.928 por 10.000 no 4.º dia da infecção. 4 aves que serviram para controle morreram no 5-6 dia de infecção.

7) 24 frangos foram tratados por via venosa com a quinina coloidal (Brasilan), durante a fase aguda ascendente da infecção. O tratamento foi iniciado no 3.º e 4.º dia (com exceção de 1 caso em que o foi no 5.º dia) e prolongando durante 5 dias quando possível. a) 12 frangos receberam uma dose diária de 0,05 da droga: 11 morreram no fim de 5-6 dias (média: 5,9 dias) de infecção, tendo a parasitemia subido durante o tratamento; um só frango veio a



morrer no 18.º dia da infecção (24. da inoculação), mas ainda muito parasitado. b) 6 frangos receberam uma dose diária de 0,1 cc. da droga: 5 morreram ao fim de 5-8 dias (média: 6 dias) de infecção aparente, tendo ainda a parasitemia subido durante o tratamento; apenas 1 frango sobreviveu. c) 6 frangos receberam 5 doses diárias de 0,1 cc. da droga: todos morreram ao fim de 7-8 dias (média 7,5 dias) de infecção. Assim, embora tivessem sido empregadas, nas, nas 3 séries de experiências, doses de quinina coloidal bem mais elevadas que as indicadas por Seabra (Impr. Med., 19: 28, 1943), ele se mostrou sem ação sobre o "P. gallinaceum", todas as aves morrendo dentro do prazo em que morrem as sem tratamento e a infecção mostrando tendência à ascensão; raras exceções ocorrem como aliás também em aves não tratadas conforme mostraram Barreto e Freitas em nota anterior.

Comentários: Prof. Samuel Pessoa. — Os resultados trazidos pelos Drs. Pereira Barreto e Pedreira de Freitas., são bastante interessantes, pois vieram demonstrar que nas experiências com malária aviária podemos substituir o "P. cathemerium" pelo "P. gallinaceum", o que vem facilitar muito os estudos, pois a parte técnica com frangos é muito mais fácil do que com canários. O "P. cathemerium" é o plasmódio que se comporta de modo mais semelhante ao plasmódio humano e todos os medicamentos que agem sobre um deles, agirão sobre o outro. Seria interessante verificar se esta equivalência se dá também em relação "P. gallinaceum". O fato de a sul-

fanilamida agir sobre este flasmódio, parece afastar este último do "P. cathemerium" e portanto do plasmódio humano pois está bem demonstrado que neste as sulfanilamidas não agem.

Dr. Mauro Pereira Barreto. — Ainda não está demonstrado que o "P. gallinaceum" funciona, em relação às drogas antimaláricas, como o "P. cathemerium" e os plasmódios humanos. Em nossas experiências trabalhamos com o "P. gallinaceum" em vista da dificuldade de injetar massas relativamente grandes de suspensão oleosa em canários. Demais, trabalhamos com uma sulfona e não com uma sulfanilamida.

Por outro lado quero frisar, mais uma vez, que os resultados que obtivemos com a sulfona M 117 não são definitivos. O número de experiências é por demais pequeno e pode ter havido mera coincidência de remissões espontâneas da infecção nos frangos inoculados. Só experiências mais numerosas, que pretendemos realizar, virão esclarecer este ponto.

Dr. J. L. Pedreira de Freitas. — Como colaborador do presente trabalho, e respondendo à crítica do Prof. Pessoa quanto à ação das sulfanilamidas na malária humana, desejo referir que recentemente saiu publicado no "American Journal of Medical Science" um trabalho de Johnson em que se demonstra a ação evidente de uma sulfanilamida (sulfadiazina) sobre um plasmódio humano (P. vivax, no caso). Isto vem demonstrar que estas drogas, de uma maneira geral, agem tanto contra o "P. gallinaceum", como contra os plasmódios humanos.

## SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 13 DE ABRIL

**Psicanálise e honorários médicos.** — Dr. Paulo Lentino. — O A. estudou a importância dos conselhos de Freud no tocante aos honorários médicos na prática psicanalítica, considerando-os tam-

Presidente: Dr. Paulo Pinto Pupo

bém aplicáveis ao nosso meio, apesar de aparentemente chocante. Procurou documentar isso com a apresentação rápida da observação de 21 casos tratados gratuitamente em sua clínica particular. Na

maioria dos casos estabeleceu-se intensa resistência, relacionada à gratuidade do tratamento, o que tornou as análises muito penosas e condicionou a interrupção em 12 casos, em fases adiantadas do tratamento e contra os conselhos médicos, sendo que 5 bem melhorados, 5 melhorados e 2 inalterados. Como compensação, entretanto, os 9 pacientes restantes, aguardaram alta, sendo que 8 curados e 1 com remissão social.

Concluiu que todos psicanalista iniciante deve, se não quiser sofrer grandes dissabores, seguir à risca aqueles conselhos de Freud, que foram ditados por sua grande experiência e profundo conhecimento da psicologia humana. Os psicanalistas experimentados, poderão ousar contrariar aqueles princípios em casos muito especiais.

Comentários: Dr. Waldemar Cardoso. — Desejo citar dois casos da nossa pequena experiência sobre psicanálise. O primeiro deles está em relação com a questão de amizade e honorários. O doente nos havia sido enviado por um colega também psicanalista, era acadêmico, estava em situação aflitiva devido sua neurose, com risco de perder seu emprego e o ano escolar. Penalizado com sua sorte, e considerando que se tratava de um contemporâneo de escola, iniciamos o tratamento deixando a questão honorários a seu critério. O tratamento decorreu bem, durante dois meses, mas, o paciente por varias vezes se mostrou preocupado com a questão do pagamento dos honorários. Certo dia nos telefonou comunicando que ia embarcar para o Rio de Janeiro, onde deveria fazer um concurso. Pouco tempo depois nos escreveu dando notícias e posteriormente nos avisou que já se achava novamente em S. Paulo e breve reiniciaria o tratamento. Deixou de cumprir a sua promessa, não voltou mais ao consultório e todas as vezes que o temos encontrado, na cidade, não nos cumprimenta, e procura se esquivar.

56)

O outro caso é de um indivíduo com uma neurose grave, tratamos durante nove meses. Iniciamos o tratamento estabelecendo os honorários mas devido as condições financeiras precárias da família o pagamento foi sendo protelado durante meses. Ao fim de certo tempo o paciente começou a apresentar uma resistência muito grande, com fases de intensa transferência negativa, fazendo queixas descabidas sobre a duração das sessões, do tratamento que lhe dispensavamos, que não era tratado com consideração, porque não pagava, e acabou confessando que sua dívida conosco muito o preocupava, finalmente interrompeu o tratamento.

Com estes dois casos, desejo colaborar com o que foi observado pelo Dr. Lentino, de quem sempre temos recebido conselhos neste particular.

Dr. Caetano Trapé. — Quero perguntar ao Dr. Lentino porque em Juqueri tem obtido curas brilhantes uma vez que os doentes também poderiam apresentar resistência, pois são doentes não contribuintes.

Dr. Paulo Lentino — Agradeço a colaboração dos colegas que comentaram o trabalho, nesta questão do pagamento em psiquiatria.

Ao Dr. Trapé, devemos dizer que de fato, não cuidamos da situação dos doentes tratados em hospital. Nos casos dos doentes internados em Juqueri, não há motivo para resistência neste particular, pois os doentes são assistidos pelo Estado e o médico tem assim por obrigação cuidar do seu estado de saúde. Os doentes sabem que estão sendo pagos pelo governo de modo que os resultados que lá se obtém, são iguais aos da clínica pagante, não havendo complexo de inferioridade em virtude da falta de pagamento.

Sobre a leucotomia de Egas Moniz. — Técnica e resultados. — Dr. Antônio Carlos Barreto. — O A. inicia tecendo ligeiros comentários sobre as bases fisiológicas

da leucotomia de Egas Moniz. Passa em seguida a expor a técnica demonstrando a sua grande simplicidade. Fas referências aos 160 doentes por ele operados sem nenhum caso de morte. Os doentes submetidos á leucotomia eram, na sua maioria esquizofrênicos crônicos, já submetidos aos outros processos terapêuticos, eletrochoque, cardiazol ou insulina, sem nenhum resultado. Nesse material a leucotomia ofereceu 25% de casos influenciados. Cita o caso mais recente, que foi de uma doente com 4 anos de moléstia, e submetida primeiramente ao eletrochoque e insulinoterapia sem resultado. Com a leucotomia obteve alta, com remissão completa, 2 meses depois da operação. Mostrando as inúmeras vantagens do método, propõe o A. que o mesmo faça parte dos tratamentos de rotina para doentes mentais crônicos.

Comentários: Dr. Mário Yahn. — Por gentileza do Dr. Barreto fui diversas vezes citado no presente trabalho e, portanto, vejo-me na obrigação de fazer alguns comentários sobre o mesmo.

Realmente, o introdutor da leucotomia de Egas Moniz em nosso meio, foi o dr. Aluizio Matos Pimenta que a realizou, pela primeira vez, no mês seguinte àquele em que foram submetidos a esta operação, com resultados muito interessantes, se bem que, em alguns casos, os sintomas reapareceram 5 a 6 meses depois.

Quando o Dr. Matos Pimenta deixou o Hospital de Juqueri, para a sua viagem de estudos à Europa e à América do Norte, já tinha 36 casos operados, por indicação nossa. Posteriormente houve um caso de morte, caso em que a operação foi levada perfeitamente a bom termo por outro cirurgião. A noite, a paciente entrou em coma e veio a falecer na manhã seguinte. Verificou-se, na autopsia, a presença de 2 hemorragias: uma no espaço sub-dural de um lado e outra do outro lado, inundando o ventrículo lateral.

Depois disso, começou o Dr. Barreto a operar alguns doentes com grande sucesso e, atualmente, conta com uma série que atinge a 140, continuando todos em observação e sem nenhum caso de morte. Fica assim demonstrado que a mortalidade é mínima e que os resultados são bastante compensadores porque todos os doentes que foram submetidos a esta intervenção são considerados, sob o ponto de vista do prognóstico, casos bastante maus.

A operação está, hoje em dia, em pleno sucesso. Algumas famílias de doentes nos procuram e insinuam a realização dessa operação, o que nunca acontecia antigamente quando tais operações sobre a cabeça eram recebidas com extrema reserva.

Um fato importante, é que, por vezes, os resultados não são imediatos, enquanto, em outras se fazem sentir imediatamente depois da operação. Tivemos uma doente que, podemos dizer, sarou no 4.º dia depois da intervenção, enquanto outros levam alguns meses para apresentar as primeiras melhoras.

O primeiro aspecto ético da leucotomia de Egas Moniz é um assunto também importante. Mas sobre ele não nos podemos deter. De qualquer forma, é aconselhável a intervenção todas as vezes que falharem as terapêuticas comuns, sem esperar que a doença até a um período muito avançado de sua evolução.

Sob o ponto de vista fisiológico, podemos dizer que, durante muitos anos, foram necessários estudos exaustivos para se conseguir vislumbrar a função do lobo frontal mas que hoje possuímos um método cirúrgico de terapêutica, baseado em profundos estudos de fisiologia cerebral e que também contribui para um melhor conhecimento, como se fosse um método experimental, das funções do lobo frontal.

Dr. João Batista dos Reis. — Examinei algumas amostras de liquor retirado destas doentes ope-

radas pelo Dr. Barreto e esperava encontrar grandes alterações. Com surpresa verifiquei que os líquidos podem ser considerados praticamente normais, havendo apenas presença de pequena quantidade de sangue. Em um dos casos encontrei uma quantidade de hemácias maior, mas não muito exagerada. Este último caso apresentava também um quadro ligeiramente inflamatório. Também não encontrei a reação de Steinfeld positiva, como era de se supor, após este traumatismo ao tecido nervoso.

Estes fatos estão de acordo com a boa tolerância dos pacientes à operação.

Dr. Orestes Barini. — Os resultados apresentados pelo A. ou seja, a elevada percentagem de doentes influenciados, entre pacientes para os quais não havia mais nenhuma esperança de melhora, tornam supérfluos quaisquer elogios ao A. e, de maneira indireta, ao Dr. M. Yahn, que vem sendo o orientador desse método terapêutico no Hospital de Juqueri.

Meu intuito ao pedir a palavra é chamar a atenção da casa para o fato de novos processos cirúrgicos virem se superpondo à leucotomia de Egas Moniz.

Assim o Dr. Aloisio de Matos Pimenta nos informa de que nos E. E. U. U. — somente observou ser usada a lobotomia frontal, de ação muito mais radical. Recentemente tivemos ocasião de auxiliá-lo em uma lobotomia feita em um paciente do Prof. Paulino Longo, portador de graves distúrbios da afetividade já tratado com eletrochoque e insulino-terapia.

A operação em si decorreu normalmente. É muito mais impressionante que a leucotomia de Egas Moniz, pois se trata de produzir a secção quase total da substância branca do lobo frontal.

A melhora do estado mental do paciente foi muito rápida e precoce.

Desejo ainda adiantar que o Dr. Anibal Silveira, sempre propulsor de progresso científico psiquiátrico, está atualmente estudando com

o Dr. Matos Pimenta meio de conseguir por electrocoagulação a eliminação eletiva de áreas de funções bem determinadas, de modo a deixar intactas as funções de outras áreas, cuja função são desnecessariamente atingidas pela leucotomia, e mais ainda pela lobotomia frontal.

Dr. Fernando O. Bastos. — O caso cuja citação acaba de ser feita pelo Dr. Barini é também do meu conhecimento. Desejo acentuar que o paciente foi submetido a todos os tratamentos possíveis, antes de sofrer a lobotomia. Eu mesmo tive ocasião de provocá-lo, a conselho do Prof. Longo, dez crises convulsivas, por intermédio do electrochoque. Posteriormente, o Dr. Joi Arruda procedeu à insulino-terapia, com 25 comas provocados. Nenhum resultado favorável foi observado com ambos os tratamentos. Foi então que se decidiu pela lobotomia, ainda por indicação do Prof. Longo, tendo a intervenção sido realizada com inteiro êxito pelo Dr. Matos Pimenta. O doente, depois de operado, apresentou-se bastante mais calmo e mais dócil, tornando-se muito mais variável a sua permanência em casa (fato que foi muito auspicioso, pois a excitabilidade freqüente e as atitudes impulsivas do paciente eram os sintomas que mais preocupavam a sua família). O caso é ainda recente, mas os resultados imediatos parecem promissores. Resta-nos aguardar a sua evolução.

Dr. J. M. Taques Bittencourt. — Com o intuito de visualizar a lesão do leucótomo, foi injetado lipíodol, como o mostram as radiografias projetadas. Desejamos saber se esse lipíodol, localizado dentro da massa cerebral, produziu alguma sintomatologia neurológica.

Dr. Antônio Carlos Barreto. — Ao Dr. Bittencourt, posso afirmar que não houve nenhuma sintomatologia neurológica que pudesse ser atribuída ao lipíodol.

Aos Drs. Yahn e Reis, o meu agradecimento pela sua colaboração.

Aos Drs. Barini e Bastos, devo dizer que a minha experiência em lobotomia, é de 10 casos. Operei inicialmente 2 doentes perversos e agitados com resultados satisfató-

rios, pois os doentes tornaram-se calmos. Quanto aos outros casos, estão em observação com melhoras mais ou menos nítidas e progressivas.

#### SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 26 DE ABRIL

Presidente: Dr. Cássio Vilaça

**O enxerto de nervos de cadáveres em cirurgia humana** — Prof. Nilson de Rezende. — O A. relatou com entusiasmo, os resultados que tem obtido com o enxerto de nervos de cadáveres em organismos vivos, empregando uma nova técnica, que consiste em unir as extremidades sectionadas dos nervos, por meio de uma substância, a base de acácia.

Tem utilizado este método em seres humanos, tendo já obtido excelentes resultados. Um dos pacientes tratados, readquiriu as funções motora e sensitiva; outro está ainda em vias de recobrar estas funções e um terceiro paciente, operado recentemente, aguarda que sobrevenham as melhoras. O A. foi saulado pelo dr. Paulo Pinto Pupo.

#### SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE ABRIL

Presidente: Dr. Piragibe Nogueira

**Emprego da anestesia intravenosa pelo tionembital (Pentothal sódico) nas gastrectomias** — Dr. Henrique Arouche de Toledo. — O autor inicia o seu trabalho, apresentando um estudo estatístico sobre o emprego desta anestesia nos E. U. e na Inglaterra, onde o método está largamente difundido. Refere-se também ao seu uso, entre nós, onde vem sendo aplicado por vários cirurgiões.

Estuda a ação deste anestésico no organismo, particularmente sobre o fígado e rins, referindo-se aos recentes trabalhos de Scheffley e Higgins. (Mayo Foundation). Cita as principais contra-indicações, frisando que o tionembital não deve ser administrado aos doentes com insuficiência cardíaca.

Quanto ao emprego do tionembital nas gastrectomias, como agente anestésico exclusivo, a literatura consultada, somente refere os casos de C. M. Carraway (16 ressecções) e de Fred Rudder (4 ressecções). Nestas operações os americanos preferem combinar o tionembital à raque metycaina a 3%, ciclopropana ou aos métodos loco-regionaes.

O autor empregou o tionembital em 321 casos de cirurgia abdominal, sendo que em 56 casos, foram feitas operações sobre o abdome superior.

Obteve ótimos resultados com este método, bom relaxamento, silêncio abdominal e ausência de sinais tóxicos mesmo quando usou doses até 2grs.50.

Com a experiência obtida nos seus casos viu a possibilidade do emprego desta anestesia em cirurgia gástrica.

Descreve a técnica usada nas suas anestésias e os resultados obtidos nas 29 gastrectomias da sua estatística pessoal.

Julga imprescindível preparar o doente para esta anestesia usando o nembital ou amytal na véspera à noite, fazendo o escofedal e atropina 45 minutos antes da operação.

Usa preferentemente uma solução do tionembital a 5% (20 cc. agua destilada — 1gr. da droga).

O gasto médio nas 29 anestésias foi de 1 gr. 02.

A dose máxima utilizada foi de 2 grs. 50 para 1 h. e meia de operação. A média do tempo operatório foi de 62 minutos. Durante



a anestesia em intervalos de 20 minutos, administra o oxigênio em circuito fechado, o que permite, quando necessário, manter a anestesia mais profunda. Não teve complicações anestésicas ou pós-anestésicas. Os vômitos são raríssimos. (2 casos). As dosagens da R.A., — Taxa glicêmica foram feitas, antes, durante e depois das anestésias, sem modificações apreciáveis. Os 29 doentes foram submetidos à ressecção gástrica e reconstituição do trânsito a Reichel-Polya.

Todos os doentes tiveram alta curados.

Finalizando, o autor considera que o tionembutal é um anestésico de real valor, possuindo todos os requisitos de um bom anestésico geral, perfeita tolerância pelo organismo, mínima ação tóxica e potência capaz de determinar um relaxamento suficiente para uma boa execução operatória do vulto da gastrectomia.

Comentários: Dr. Mario Monaco — Cumprimento o Dr. Arouche de Toledo, pelo interessante trabalho sobre "Anestesia intravenosa nas gastrectomias" que acaba de expor brilhantemente, pois é de real valor e interessa a todos os cirurgiões e estes sabem a dificuldade de encontrar uma anestesia ideal, para poderem operar sem a dupla preocupação.

Embora não tenhamos grande experiência com o Tionembutal nas operações gástricas, quero acreditar, pelo que acabamos de ouvir, que ele deve ser empregado pelos outros colegas devido as suas vantagens. Nós, que acompanhamos este método de anestesia, podemos afirmar seu progresso e resultado que obtivemos em vários casos cirúrgicos de longa duração, inclusive amputação de mama, que requer bom tempo. Nós, que empregamos a anestesia intravenosa desde o tempo que não existia o Tionembutal, pois foi no tempo do Evipan Sódico, em 1934, quando tivemos oportunidade de publicar em uma revista médica uma série de observações. Por essa época

64)

ensaiámos também com o Evipan uma colecistectomia e uma intervenção gástrica. Em todas as operações realizadas com essa anestesia, nenhuma chegou ao fim. Embora sem acidentes, sempre era necessário associar outra anestesia complementar e o sono era calmo como com o Tionembutal, nem o período de indução era tão rápido. Embora o despertar não fosse desagradável, também não era suave como com o Tionembutal. E' por isto que posso me referir com segurança ao progresso da anestesia intravenosa nestes últimos anos.

Nos casos em que empregámos o Tionembutal, sempre obtivemos ótimos resultados, embora experimentássemos injetar o líquido lentamente, conservando agulha dentro da veia até ao término da intervenção, outras vezes injetando com velocidade pouco maior e retirando agulha pouco antes do fim da operação, sem grandes inconvenientes. Certamente o Dr. Arouche prefere a primeira, pois sua experiência é maior e maior também é o nosso prazer em continuar a ouvir suas brilhantes palestras.

Dr. Mário Degni. — Inicialmente devemos render homenagem ao Dr. Arouche de Toledo pelo trabalho que acaba de apresentar. A par de uma exposição didática, brindou-nos com uma investigação serena, objetiva e apoiada pela longa e aprofundada observação. Com esse trabalho, o Dr. Arouche, tornou-se o primeiro dessa anestesia nas gastrectomias mostrando suas indicações e boas possibilidades. Quero lembrar ao distinto orador que foi com prazer que ouvi a técnica do uso da anestesia de base, que é idêntica à usada no Serviço do Prof. Eurico Bastos, a que temos a honra de pertencer.

O prof. Bastos foi o primeiro em nosso meio, no uso dessa anestesia em cirurgia torácica, mostrando a sua exequibilidade e alto valor. Tem ele usado também na cirurgia da tireóide e os resultados



podem ser considerados bons. Notamos que a diferença dos resultados obtidos pelo Dr. Arouche de Toledo no início das anestésias, nós obtemos sono cirúrgico nos primeiros 8 a 10 cc. da solução de 1 gr. de tionembutal em 20 cc. de água destilada.

Dr. Piragibe Nogueira. — Resalto a vantagem de se fazerem mais conhecidos os diversos Serviços de S. Paulo através de relatos como o que hoje nos proporcionou o Dr. Arouche de Toledo. Não tendo experiência própria com a anestesia endovenosa pelo Tionembutal em cirurgia gastro-duodenal, cabe-me dizer-lhe que uso a raqueanestesia pela percaína pelo processo Jones com doses selecionadas para cada caso, como já tive ocasião de documentar nesta Secção. Realmente a anestesia raqueana no abdômen superior, pelo processo de Jones nos tem proporcionado anestesia em profundidade e duração suficientes para os casos difíceis, que exigem 75 a 90 minutos, e às vezes, mais. Achei relativamente rápidas as intervenções do Dr. Arouche Toledo, e naturalmente pergunto se o Tionembutal proporciona anestésias para os casos de técnica difícil, pois se assim for, incontestavelmente é mais um processo à mão do cirurgião e eu pretendo pois travar conhecimento direto com êle. Agradeço ao Dr. Arouche de Toledo o seu trabalho, em nome desta Secção, e conto com suas apreciações o Tionembutal quando maior ainda for sua experiência.

**Câncer da cabeça do pâncreas e da ampola de Vater. — Pancreatoduodenectomia em um tempo** — Prof. Edmundo Vasconcelos. — O resumo deste trabalho não foi enviado.

Comentários: Dr. Daher Cutait. — Desejo felicitar o prof. Vasconcelos pela brilhante exposição e farta documentação que nos trouxe do primeiro caso de pancreatoduodenectomia realizada no Brasil.

O prof. Vasconcelos nos expôs, além de seu caso pessoal, a série de 9 casos de Brunschwig, e opina ser mais razoável a realização dessa sempre grave operação em um só tempo. Existem, entretanto, razões físico-patológicas que nos induzem a considerar mais jejunosotomia, colecisto ou colédoco-jejunosotomia), que constituem o primeiro tempo de intervenção, vamos freqüentemente encontrar na pancreato-duodenectomia propriamente dita, que constitui o segundo tempo da intervenção, uma diminuição considerável do tamanho do tumor pancreático, que se reduz, às vezes, à metade das dimensões primitivas. Isto se explica pela redução do edema e congestão que freqüentemente se superpõem à tumoração; há também uma diminuição dessa condições nos dutos biliares e duodeno. O segundo tempo é, assim, realizado em condições técnicas muito mais satisfatórias.

Pela drenagem da bile, à custa da colecisto ou colédoco-jejunosotomia, realizada no primeiro tempo, diminui muito a intoxicação icterica e isto também reduz a vantagem para o paciente, que suporta o tempo mais chocante e traumático da intervenção, a pancreato-duodenectomia propriamente dita, em condições muito mais satisfatórias.

Estas são as razões porque consideramos a pancreatectomia em dois tempos mais vantajosa. Whipple, em "Annals of Surgery" de junho de 1942, expôs os resultados das 64 pancreato-duodenectomias levadas a efeito nos Estados Unidos desde 1935 até àquela data e mostrou a menor mortalidade na operação em 2 tempos.

O caso do prof. Vasconcelos, constituiu um achado operatorio, pois o diagnóstico clinico era de uma coleditiase. Tivemos a oportunidade de acompanhar, no Hospital da Universidade de Michigan, Estados Unidos, um caso inverso. O paciente foi levado à mesa de operações, com o diagnóstico de câncer da cabeça do pâncreas.

A laparotomia constatou-se a presença de uma tumoração nesse segmento pancreático e a duodeno-pancreatectomia foi realizada. Qual não foi a surpresa do cirurgião, ao constatar a presença de um pequeno cálculo encravado na ampola de Vater! O pâncreas apresentava apenas uma reação inflamatória justapapilar. Com isso, pretendemos apenas frisar que o diagnóstico diferencial entre coledocite e câncer da ampola de Vater ou cabeça do pâncreas, é muitas vezes difícil, mesmo após um exame cuidadoso e, às vezes, mesmo no ato cirúrgico, como aconteceu no caso por nós relatado. E, isto explica também a falha do diagnóstico clínico preciso de câncer, no caso do prof. Vasconcelos, apesar do exame cuidadoso a que foi submetido o paciente. Apenas um cirurgião de experiência e competência como o prof. Vasconcelos, poderia ter feito o diagnóstico de câncer na mesa de operações.

Constituindo a pancreateo-duodenoctomia um assunto inteiramente novo entre nós, quis fazer estas considerações, visando apenas contribuir modestamente ao brilhante trabalho do prof. Vasconcelos a quem, mais uma vez, felicitamos pelo brilho de sua exposição.

Dr. Mário Degni. — O trabalho que o prof. Vasconcelos acaba de apresentar mostra seu espírito renovador e corajoso, em assunto cheio de dificuldades técnicas, que só os seus dotes pessoais poderiam enfrentar com decisão.

Quero, porém, lembrar ao prof. Vasconcelos, que acerca da irrigação do ducto colédoco, realmente os trabalhos anatômicos são incompletos. Porém, existem 2 estudos de caráter monográfico, que exploram a questão com relativa profundidade. Refiro-me ao trabalho de N. Flores que apareceu nos Arquivos Chilenos de Morfologia, que constitui investigação pessoal sobre as vias biliares e artéria cística, na qual, o A. dedica um parágrafo ao assunto.

66)

No tocante ao problema da pancreatectomia, cefálica, quero relatar o caso, apresentado numa reunião desta Seção de Cirurgia pelo prof. Eurico Bastos, com sobrevida do doente até ao momento presente e com conservação do arco duodenal. Este caso, vem demonstrar que os estudos fundamentais de Sauve e de Desjardins, que condenavam tal prática, merecem uma revisão anatômica, já que esse caso do prof. Bastos, indica que, pelo menos parcialmente, aqueles trabalhos caducavam.

Outro ensinamento que o caso em apreço nos traz, diz respeito ao colédoco, pois este foi deixado livre no interior do arco duodenal e com sua desembocadura normal no duodeno. Ora, a irrigação do colédoco, não claudicou, pois a função condutora da via biliar externa, não foi perturbada. Embora o esforço do prof. Vasconcelos não tenha sido coroado de êxito, no presente caso, demonstrou que tecnicamente o problema foi vencido e que o motivo da perda do paciente, resultou da gastrocoledocostomia.

Apresentamos ao prof. Vasconcelos os nossos aplausos pela pericia com que e houve nesse caso.

Dr. Piragibe Nogueira. — A casa ouviu com grande agrado a comunicação do Prof. Vasconcelos, pois ao brilho da exposição juntou-se o interesse extraordinário que despertam as ressecções parciais do pâncreas; o assunto está na ordem do dia já pelas verificações experimentais, onde avulta a questão da hormona "lipocaico" já pelas sobrevidas relatadas e documentadas de operados que sofreram retiradas parciais do pâncreas. Venho acompanhando esta questão e chamei a atenção para ela em publicação feita na Revista de Cirurgia de São Paulo, em janeiro de 1942.

Quero considerar com o Prof. Vasconcelos dois pontos que reputo de grande valor: em 1.º lugar me parece que a questão da hormona "lipocaico", apesar de não ser recente e ter interessado di-

versas escolas de fisiopatologia experimental, não está definitivamente resolvida, como da sua palestra se podia deduzir: em 2.º lugar quero acentuar que o pormenor técnico de se implantar o colédoco na alça jejunal aferente de uma gastrojejunostomia ante-cólica resolve a

questão da derivação biliar nas pancreatos-duodenectomias com mais segurança e mais rapidez e para dar disto uma idéia mais objetiva projeto estes desenhos retirados do trabalho de Trimble, Parsons e Sherman publicados em Novembro de 1941.

## SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 11 DE ABRIL

Presidente: Dr. J. Fonseca Bicudo Júnior

**Sarcomas da pele** — Prof. Hildebrando Portugal. — O resumo deste trabalho não foi enviado.

**Mielocultura no pênfigo foliáceo** — Dr. José Aranha Campos. — O A., encarecendo o valor diagnóstico da mielocultura em numerosas moléstias infecciosas, mencionou algumas, onde os agentes etiológicos têm tendências de se localizarem nos órgãos internos, principalmente na medula óssea, sendo por isso aí procurados de preferência e encontrados algumas vezes com mais facilidade do que no próprio sangue circulante. Assim, na endocardite lenta, o estreptococos “viridans” é sempre encontrado na medula óssea. Na febre de Malta, aí se encontram as “Brucelas melitensis e abortus”. Na febre tifóide, o bacilo de Eberth. Na leishmaniose viscelar (Kata-azar, leishmaniose infantil e americana), encontram-se os protozoários. Na malária, os hematozoários. Na moléstia de Chagas, é facilmente identificado o “Shizotrypanum cruzi”, como também no sangue medular são isolados os bacilos de Koch da tuberculose.

No presente trabalho, o A. apresentou os primeiros resultados de mieloculturas feitas com material colhido em todos os doentes de pênfigo internados na Santa Casa de São Paulo e em alguns dos recolhidos no Instituto Adhemar de Barros (Hospital especializado do Serviço do Pênfigo Foliáceo).

Mencionou trabalho anterior do próprio A., sobre “Hemoculturas nos surtos febris do pênfigo foliáceo”, em que escreveu entre outras coisas o seguinte:

1.º Encontrou estreptococos hemolíticos em 100% dos casos de pênfigo, quando o sangue era retirado durante os surtos febris espontâneos, em todos os estágios da moléstia.

2.º Que os surtos febris eram sempre seguidos de surtos bolhosos.

3.º Que a sulfanilamidoterapia fazia cair a temperatura, desaparecer a estreptococcemia e sustas o surto bolhoso.

4.º Ser o estreptococo hemolítico o agente do pênfigo foliáceo.

Agora o A. procurou nos exames de mielocultura (medula esternal), novos dados que pudessem vir robustecer esta última suposição.

Frisou, entretanto, que, devido ao pequeno número ainda de doentes puncionados, não se sente autorizado a tirar ilações definitivas ou mesmo fazer estatística, o que ficaria para uma próxima oportunidade. Todavia, anima-se a trazer os primeiros resultados das mieloculturas que foram os seguintes, pela ordem de importância:

1.º positividade absoluta no período febril, para estreptococos hemolíticos;

2.º foram cultivados estreptococos hemolíticos, mesmo em material proveniente de doentes de pênfigo benigno e com temperatura normal;

3.º encontrou estafilococos “aureus”, também em doentes com temperatura normal e em fase exfoliativa;

5.º diversas mieloculturas revelaram-se negativas (doentes com

temperatura normal ou muito pouco elevada);

6.º não foram encontrados os chamados Bacilos de Radaeli, isolados por este autor em medula esternal de cadáver de penfigosos.

Chamou a atenção sobre um dos casos, doente A. M. L. (Obs. 625), cuja dermatose inicial se apresentava benigna, estado geral bom e temperatura normal. Todas as hemoculturas se revelaram negativas, ao contrário da mielocultura que foi positiva para estreptococo hemolítico. O A. ministrou um preparado sulfanilâmido e o doente melhorou muito. Em seguida a medicação foi suspensa e o enfermo passou a tomar muitas outras drogas. Não obstante, 3 ou 4 meses depois, estava inteiramente bom.

Sem dar a importância de uma conclusão, o A. pensa que trabalhos posteriores, que pretende reencetar, possam confirmar a sua suposição inicial, de que a mielocultura seja mais sensível que a hemocultura para revelar a presença do "Estreptococcus pemphig", como o denomina o autor, principalmente em doentes na fase bolhosa inicial.

Disse que empregou agulha trocarer de 4 a 5 centímetros com 1 a 15 mm. de diâmetro (com estilete de aço). Usou seringas bem secas, observando outrossim a mais rigorosa assepsia da pele (iodo e álcool).

Em alguns casos anestesiou a pele e periosteio com sol. de novocaina a 2% e em outros não.

Como técnica de punção esternal, empregou o A. diversas, achando a punção lateral, logo abaixo do ângulo de Luis (no 2.º espaço intercostal), a mais fácil e a que melhores resultados forneceu.

O material colhido foi semeado em balões de caldo glicosado de Ph. 7,6, pôsto em incubação 24-48 horas e semeado em placas de gelose-sangue. Foram feitas também lâminas, para mielogramas.

Disse por último que, comparando a resistência óssea do esterno de penfigosos, principalmente crônicos, com a oferecida nas punções praticadas também pelo A., em doentes de lichmaníase tegumentar, verificou que o esterno dos primeiros, devido à osteoporose freqüentemente encontrada nesses doentes, é de muito fácil penetração.

Sugeriu o A. que o estreptococo se localiza na medula óssea e em outros órgãos ricamente dotados em células do S. R. E., onde a velocidade de circulação é pequena, como o baço, fígado e gânglios (nestes últimos o A. encontrou também estreptococos conforme publicação anterior). Dêses e de outros focos de infecção (segundo conceituou o A.), os referidos germens, de quando em vez, invadem a circulação, em verdadeiras avalanches microbianas, produzindo os surtos febril e bolhoso.

## SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE ABRIL

Presidente: Dr. Vicente Lara

**Corpos estranhos nas vias aéreas e digestivas em crianças. Orientação diagnóstica e terapêutica.** — Dr. Antônio Corrêa. — O A. apresentou os sintomas essenciais clínicos e radiológicos, encontrados em crianças com corpos estranhos aspirados ou deglutidos.

Documenta o trabalho com "oito casos" que teve ocasião de

observar no Serviço de Endoscopia Peroral da Santa Casa da Misericórdia, sob a orientação do dr. Plínio de Matos Barreto.

Divide o assunto em: questões diagnósticas, corpos estranhos na laringe, corpo estranho nos brônquios, corpo estranho na hipofaringe e esôfago.

Como conclusão da orientação diagnóstica e terapêutica, cita os

erros a evitar nos acidentes por corpos estranhos, conforme Chevalier Jackson e que são:

1) Introduzir os dedos na garganta, para retirar o corpo estranho. Podemos introduzi-los na laringe ou provocar perfuração da parede do órgão.

2) Levantar a criança pelos pés. Podemos determinar a obstrução da laringe pelo corpo estranho e asfixia fatal.

3) Deixar de tirar radiografias. Sempre insistir nas posições de frente e perfil, e exame radioscópico da naso faringe às tuberosidades isquiáticas.

4) Deixar de procurar endoscópicamente os casos duvidosos e principalmente os casos de obstrução brônquica.

5) Passar cegamente sonda ou outro qualquer instrumento pelo esôfago.

6) Dizer ao doente ou responsável que êle, não tem corpo estranho, enquanto não for provado o contrário.

Termina com um apanhado ligeiro sobre a traqueotomia de urgência, dando a técnica pela incisão em dois tempos, preconizada pelo autor americano.

Comentários: Dr. Vicente Lara.

— Em primeiro lugar, desejo pedir desculpas pelo atraso da minha chegada. Quero crer que o Dr. Armando Arruda Sampaio, já tenha dado conhecimento dos motivos imperiosos que me impediram de estar a postos à hora aprazada. Por um dever não menor do que aquêlê que aqui me fez estar presente, tive de sair, às pressas, esta tarde, do meu consultório, para ir ao Guarujá ver um doentinho, às instâncias dos pais que pediam a minha presença com a máxima urgência.

Com a mesma pressa com que para lá me transportei, para cá me puz de torna viagem, na esperança de chegar ainda em tempo para dar início aos nossos trabalhos desta noite. Mas o mau tempo e a morosa travessia do canal detiveram-me, impedindo-me do de-

sempenho desta honrosa obrigação.

Se, de um lado, lamento não ter comparecido, como as demais vezes, à hora regulamentar, de outro sinto-me confortado, porque sei que, muito mais capaz do que eu, o nosso ilustre Arruda Sampaio, desobrigou-se dêste protocolo.

Todavia, não obstante a minha tardança e o meu cansaço, pude ouvir, com vivo interesse, a parte final da brilhante dissertação que o Dr. Antônio Corrêia acaba de proferir.

Para testemunhar a minha admiração peço ao ilustrado conferencista permissão para tecer alguns comentários à margem do que, por força das circunstâncias, os comentários restrinjam-se somente àquilo que serviu de remate à conferência que pronunciou.

Na ocasião de minha chegada discorria o orador sobre a atuação do médico ante os casos de corpos estranhos deglutidos e detidos em um ponto qualquer do trato intestinal. Diversa é a atitude dos tratadistas em face dêsse problema. Há os que preconizam, após pequena fase de observação do paciente, a intervenção cirúrgica imediata: e há os que s aceitam essa indicação, em última instância, após um período de demorada espera.

Pelo que me tem sido dado comprovar na minha prática, parece-me mais plausível esta última norma, isto é, deixar escoarem-se os dias, as semanas antes de agir, mantendo sempre a atenção alerta mas sem jamais se abalarçar a indicações afoitas, que, além de desnecessárias, são quasi sempre prejudiciais. A natureza cabe a atuação, e a nós a expectativa.

Raras são as casuísticas clínicas que não assinalem a existência de grande número de corpos estranhos, os mais variados e excêntricos possíveis, que são deglutidos e eliminados ao fim de longo prazo, sem que o organismo em nada se ressinta. Holt tem a observa-



ção de um caso que constitui verdadeiro recorde: é a referente a um alfinete de segurança, que permaneceu nos intestinos durante oito meses sem causar perturbação alguma, tendo sido, ao cabo desse tempo, espontaneamente eliminado.

Aos primeiros cuidados que, de grave, se presta em tais circunstâncias, é de boa técnica juntar a feitura de um roentgograma, para se verificar em que sítio se encontra o corpo estranho, o que evitará que qualquer decisão intempestiva seja assumida.

Bôa regra de agir têm alguns autores americanos, que mandam seja a criança internada em hospital e, diariamente, submetida ao controle radiológico. Recomendam, então, que desde o momento em que o objeto deglutido se detenha, por espaço de alguns dias, não se mobilize, por se achar preso em determinada porção de um segmento qualquer — o qual, devido ao atrito e à contusão a que fica submetido, expõe-se ao constante risco de ser perfurado de um instante para outro — deve ela ser confiada ao cirurgião para que, em intervenção oportuna, poupe-a enquanto fôr tempo.

Bem mais graves são as consequências quando o corpo estranho envereda, através do laringe, pela árvore respiratória adentro.

A sintomatologia por ele engendrada está em função tanto de sua localização como de sua forma, dimensões e natureza. A mingua de outro recursos, esta fenomenologia permite a suspeita da porção obstruída mas sem nos dar, contudo, a certeza que se faz indispensável.

Os raios X, que habitualmente tão grande contribuição prestam no esclarecimento das dúvidas que nos assaltam nesses lances, podem, no entanto, algumas vezes, falhar, mesmo quando se segue rigorosamente a técnica aconselhada, de se tirar várias radiografias do tórax em diversas incidências. Glanzmann, de Zurich, que é na atualidade um dos maiores e mais

expressivos nomes da pediatria mundial, faz a este respeito umas tantas afirmações que chegam a impressionar. Menciona ele que, se é relativamente curial a evidênciação de certos corpos estranhos, como sejam alfinetes, agulhas, pregos, ossos, moedas etc., o mesmo não acontece, porém, com determinados outros, que não projetam em virtude de sua estrutura, sombra radiológica, como acontece, por exemplo, com os grãos, carraços de frutas, favas e outros mais.

Isto também se passa com a casca de amendoim, que é, talvez, o corpo estranho mais encontrado entre os acidentes desta natureza, nos Estados Unidos. Aliás, o fato de ter o amendoim a primazia, não deve ser motivo de grande surpresa, pois, lá, tem-se a impressão de que quem não mastiga chicletes, come amendoim...

Mas, mau grado esta possível falência, registram os raios X, contudo, alguns outros informes de incontestável valor como sejam, os decorrentes da maior ou menor aeração do campo ou campos pulmonares comprometidos, com as conseqüentes zonas de atelectasia ou de enfisema, ou ainda aqueles que são fornecidos pela modificação do mediastino e pela participação de um dos hemidiafragmas.

Falar em hemidiafragma quasi que se poderia avançar ser o do lado direito, o que compartilha das modificações que se processam. De fato, é através do brônquio direito que tendem a encaminhar-se os corpos estranhos ao serem aspirados pela traquéia abaixo, e isso se dá por força de razões anatómicas sobrejamente conhecidas e portanto desnecessárias da serem aqui explanadas.

Gostaria, ainda, de juntar alguns comentários em relação aos recursos chamados de "expeditos" ou "práticos", para a retirada de corpos estranhos.

E' evidente que tudo quanto há de mais condenável é a tentativa de remover com o dedo um cor-



po estranho encravado no laringe. Esta manobra, pela sua rudeza e violência, pode originar as mais funestas consequências.

E a mesma condenação merece o vezo, muito usual em nosso meio, de suspender as crianças de pernas para cima e a cabeça voltada para baixo, afim de, com pequenas pancadas nas costas, procurar, pela ação da gravidade, a expulsão do corpo estranho.

O nosso prezado conferencista, ao arguir este procedimento, mostrou-nos a possibilidade do corpo estranho ficar alojado no laringe. Eu me permitiria invocar outra hipótese, de que os livros nos dão conta: o corpo estranho pode, ao se desprender do bronquíolo, em que se achava engastado, ir encaixar-se, em consequência de posição invertida do corpo, em outro bronquíolo do mesmo diâmetro, mas, que constitui uma ramificação ascendente, o que, em vez de solucionar, vem, ao contrário, agravar a operação, quando, mais tarde, se buscar com as pinças apropriadas a sua remoção.

Finalmente o orador falou em traqueotomia. Esta referência sugere-me algumas ponderações a mais.

Ninguém discute o seu mérito e a sua imprescindibilidade quando a asfixia chega aos seus limites extremos. Qualquer contemporização ou hesitação seria fatal.

E muito acertado foi que assim a considerasse, pois que, em situações desta natureza, o clínico ou pediatra, em consonância com sua mentalidade mais conservadora, é levado a ensaiar, em primeiro lugar, a tubagem, para, a seguir, no caso dela malograr, tentar a traqueotomia.

Lembro a tubagem para "in lamine" condená-la e não, é bem de ver, por julgá-la convinável ou judiciosa. A explicação é muito simples: ela pode ensejar as mais danosas consequências, que não são verificáveis com a traqueotomia.

Uma decisão pelo seu emprêgo, baseada em diagnóstico de emergência, sem que tenha a esclarecê-lo os comemorativos se houve ou não aspiração de um corpo estranho, pode, muitas vezes, implicar em um agravamento ou até mesmo na morte do doentinho.

Este recurso, em caso de asfixia, impõe sempre a diagnose da causa etiológica. Há que ter em vista a possibilidade de se romper um abscesso laringeo nas vias aéreas ou para aí recalcar um corpo estranho, na eventualidade dele se encontrar em situação alta e, portanto, de fácil extração.

Pos estes motivos recomendar os laringologistas que, em tais ocorrências, faz-se imprescindível o exame laringoscópico prévio e, somente no caso de ter ele sido devidamente feito e resultar negativo, é que a introdução do tubo metálico para restabelecer a passagem do ar deve ser procedida.

Mui contados, para não dizer excepcionais, são os pediatras atuais que dispõem da aparelhagem necessária para qualquer uma dessas duas intervenções. No entanto, não havia um só que não a possuísse, há duas décadas atrás, época em que a difteria, sem conhecer os impecilhos hodiernos, como a vacinação e a soroterapia, dominava livremente, causando tremendas devastações de que a história guarda tão triste memória.

A traqueotomia tornou-se tão freqüente que, nos muitos e muitos anos que levo de formado, tive oportunidade de presenciar uma só intervenção desse gênero, e isto aconteceu em um dos grandes centros científicos do mundo. Foi no ano de 1933, no "Hôpital des Enfants Malades", de Paris. Era um caso de crupe. As peripécias e pormenores gravaram-se em minha lembrança de tal modo que dela jamais se apagarão.

Ao encerrar estes comentários quero tornar mui patentes ao caro e digno conferencista que, o intuito de manifestar o meu elevado

apreço pela magnífica comunicação, foi que me fêz estender-me tão longamente, nestas apreciações.

Agradou-me de tal maneira a soberba e erudita dissertação que não quis limitar-me às palavras usuais de louvar, que neste caso são de extrema justiça e sem o menor laivo de lisonja.

Tive em mente, apenas, a intenção de traduzir, como se sente um pediatra diante dos problemas que são familiares ao distinto colega, em cujo terreno qualifica-se como um dos nossos mais altos valores.

Queira, então, aceitar, com os nossos agradecimentos, por ter aquiescido ao convite de vir dar-nos a honra de sua companhia, as homenagens de todos os companheiros desta Seção.

**Alguns casos de medicina de urgência em pediatria.** — Dr. Paulo Barros França e Dr. Luís Augusto Toledo. — Os AA. fizeram, de início, um apanhado sobre os casos de urgência, observados no Serviço do Prof. Pineiro Cintra, na Santa Casa. Detiveram-se sobretudo no estudo dos casos de envenenamento causados pela *Datura Arborea* (saia branca), *Iatropha Curcas* (Pinhão Paraguaio) e *Primus communis*. Referiram-se à sintomatologia, modo de agir do veneno, tratamento etc. Em seguida mencionaram alguns casos de picadas por aranhas venenosas, tendo estudado os acidentes causados pela inoculação do veneno da *Lycosa raptoria* e da *Tenus nigricenter*.

**Comentários:** Dr. Vicente Lara. — Não sei bem ao certo, dos envenenamentos a que está sujeita a criança, qual deles é o mais prejudicial, se o que lhe envenena o organismo, em consequência da ingestão de um tóxico qualquer, ou se o que lhe envenena a psique, vinculado despercebidamente através da leitura dos famigerados folhetos policiais ou das pretensas, gazetas infantis, que tanto atentam contra as mais comensais normas re-

comendadas pela psico-pedagogia e pela higiene mental, e nos quais a brutalidade e o crime não pedem méças à violência ao vício.

Deixando de lado, por inoportuno, no momento, o aspecto educacional, quero, no entanto, dizer algumas palavras a respeito do que acaba de nos ser relatado.

Quando, há algumas semanas, o Dr. Paulo de Barros França revelou-me a possibilidade que tinha, valendo-se do material existente no Pavilhão Condessa Penteado, de trazer a este plenário o relato de alguns casos de envenenamento, eu não só o animei, porém, mais do que isso, prevalecendo-me da velha amizade que nos liga e do cargo que, tão generosamente me foi confiado, intimei-o a que não nos privasse, por mais tempo, dos conhecimentos que possuía a este respeito.

E assim foi que, atendendo amavelmente ao meu apêlo, veio, em companhia do nosso ilustrado e também velho companheiro Dr. Luís Augusto Toledo, trazer-nos a sua valiosa contribuição a um assunto que, pela primeira vez, é estudado nesta Casa.

Havia, ou melhor, há ponderáveis razões para eu ter assumido esta atitude, ao saber da viabilidade de ser ventilado por pessoas tão capazes um tema que reputo de invulgar importância por muitos motivos.

Os acidentes de envenenamento são relativamente frequentes na rotina clínica. É verdade que, de certo modo, eles se apresentam isoladamente, mas, nem por isso são menos raros. Se todos os aqui presentes declarassem, cada um de per si, os casos com que já tiveram de se haver, veríamos que facilmente eles somariam muitas centenas.

A defunção pelo envenenamento em nossa Capital, não é, em absoluto, desprezível. Há tempos atrás, ao tecer alguns comentários à margem de um trabalho que o Dr. Luís da Rocha Azevedo apresentou a esta Seção sobre as queimaduras das crianças, referi-me ao

resultado de um pequeno inquérito que fiz, sobre a mortalidade por causas violentas, no período da vida correspondente à meninice; tive, então, ocasião de nomear o lugar de destaque que, entre as demais, ocupa aquela rubrica.

Vale a pena chamar a atenção para o fato de ser a mortalidade por estes acidentes muito maior na fase pré-escolar do que no período que a precede ou no que se lhe segue imediatamente.

Nos Estados Unidos, as estatísticas positivamente, de maneira inconcussa, esta asserção. O que é surpreendente é que lá, a substância que causa maior número de mortes é a estricnina, em razão de entrar este alcaloide na composição de larga série de fortificantes populares e de produtos farmacêuticos que se destinam ao combate da prisão de ventre, ambos vendidos no balcão das famosas "drug-stores", a qualquer interessado.

Alegam as sindicâncias levadas a termo que, nos casos dos fortificantes, a intoxicação é explicada pela quantidade abusiva que os pais administram aos filhos, e nos dos laxativos, por serem eles, via de regra, preparados sob a forma de pilulas recobertas de cores vistosas, o que facilita a confusão, por parte das crianças, com bombons, e assim, quando as encontram ao seu alcance, devoram a maior quantidade que podem.

E' de interesse notar que, na estatística compendiada pelos Drs. França e Toledo, a estricnina não se expressa uma só vez e eu, de minha parte, não tenho também noticia da existência de caso algum aqui na Paulicéia.

Uma coisa que sempre me impressionou é a de não serem ameadados os envenenamentos de natureza medicamentosa em nosso meio, onde não existe uma legislação bastante severa que ponha cobro à propaganda indecorosa e à venda indiscriminada de uma série de produtos tóxicos que, a rigor, só deveriam ser vendidos sob prescrição médica.

Enquadram-se nesta categoria os vermífugos, que lembro, entre outros, com a intenção única de dar um exemplo concreto. Eles existem em nosso mercado às centenas e todos têm, em sua fórmula, um ou mais componentes de alta toxidez. O seu comércio é forçado o mais largamente possível, dada a imensa margem de lucros que deixam aos fabricantes e revendedores, que buscam, por todos os meios imagináveis, jornais, rádios, cartazes, folhetos, etc. disseminar mais e mais o seu uso. E tal propaganda é das mais felizes, porque ela encontra uma atitude mui receptiva por parte do público, sempre inclinado a crer que, na absoluta maioria das vezes, os males que afligem a sua filharada têm a sua gênese nos parasitos, que albergam nos seus intestinos, embora jamais tenham comprovado a eliminação de um só deles ou procedido o indispensável exame de fezes.

Para a correção destas falhas, um dos recursos que se fazem indicados é o controle exercido pelas autoridades sanitárias nas diferentes esferas em que se mostra aconselhável a sua intervenção..

Um exemplo mui típico, dentre outros, de como se pode processar ainda esta vigilância, é o que se verifica nos Estados Unidos, em relação à larga variedade de produtos antissépticos empregados nas residências para a limpeza, em geral, de painéis, lavabos, banheiros, aparelhos sanitários e outros fins domésticos; substâncias essas que constituem uma fonte frequente de envenenamentos de crianças da baixa idade.

Em virtude da maioria deles terem, em sua estrutura, um ou mais álcalis, cuja ingestão accidental pode provocar uma intoxicação mortal, há uma lei, senão em todos pelo menos em alguns Estados, que determina sejam impressos ou gravados, no lado externo dos invólucros de tais preparados, os nomes dos elementos que figuram em sua composição

e, apostas a esta, as instruções que devem ser seguidas no caso de envenenamento, isto é, como proceder e de que antidotos se servir.

Outra medida digna de referência é a que se passa, por exemplo, com a tinta utilizada geralmente na indústria de calçados, por ela oferecer determinados riscos que o povo em geral desconhece.

Com efeito, a tinta empregada para colorir ou tingir sapatos pode incidentalmente ocasionar o envenenamento da criança que os calçar, mesmo que eles, pintados de fresco, não exalem o cheiro característico que denuncia a tinta nova.

A causa desta ocorrência pode ser o nitrobenzeno ou os derivados da anilina, ou ainda a própria anilina.

Para evitar este perigo, o Departamento de Saúde de Chicago promulgou, em 1927, uma disposição legal regularizando a venda das tintas para couros, em cuja composição entrassem os referidos corpos, exigindo, ao mesmo tempo, que elas fossem acompanhadas de instruções sobre a periculosidade de seu emprego.

Para impedir que cada um se avenha como entende, dizem estas instruções que os calçados, ao serem tintos, devem permanecer ao ar livre, pelo menos, durante 72 horas antes de serem usados, afim de evitar a possibilidade de envenenamento do seu dono. Elas dão a saber, outrossim, aos demais consumidores, que tais tintas não devem ser empregadas nas indústrias de lonas e toldos e, muito menos, utilizadas pelos fabricantes de sapatos ou artigos similares.

Nessa mesma ocasião, aquele Departamento dava as primeiras providências para que todas as lojas de sapatos, bem como as oficinas dos sapateiros remendões, possuíssem, em lugar facilmente visível, avisos que esclarecessem o público em relação a essa possibilidade, sugerindo as medidas

acauteladoras a tomar para se pôr ao abrigo dessa ameaça.

Avaliemos bem a vantagem destas iniciativas quando nos recordamos do menor proletário, o mais mal defendido dentre as crianças de todas as classes sociais. Raro aquele que, para aproveitar ao máximo um par de botinas, não tenha as suas solas renovadas tantas vezes, quanto possível, o mesmo sucedendo em relação às reformas da cor primitiva do couro, que naturalmente se desbota com o uso e, com o correr do tempo, mancha-se.

E assim por diante, uma série de outras medidas poderia ser citada, bastando recordar o muito, que se haveria a comentar sobre as que são pertinentes à fiscalização dos gêneros alimentícios e, particularmente, para nós, as que se referem à produção e industrialização do leite.

Um dos motivos, além dos já citados e de outros que poderiam ser invocados, que faz com que considere de real necessidade serem estas questões aqui debatidas, é a tremenda hesitação que ordinariamente reina nos primeiro instantes, máxime quando, ao defrontar-se com os sintomas iniciais do envenenamento, se desconhece, ainda, qual tenha sido a substância tóxica responsável.

Acresce, ademais que, dada a variedade infinita de agentes que podem determinar tais quadros, é impossível a nós, clínicos, termos, de pronto, o nome do antídoto preciso que deve ser empregado. Aliás, é mister dizer que, sem querer repudiar a nossa responsabilidade, a culpa não nos cabe de todo. Outras questões e outras cogitações solicitam a nossa atenção de modo muito mais imperioso. Há ainda uma justificativa, ou atenuante, se quiserem, para esta nossa atitude: em nenhuma escola médica nacional é o ensino da toxicologia cuidado com o rigor que a sua importância exige.

Por tudo isso sou levado a admitir que me assiste muita razão ao

pretender que devemos discutir estes assuntos aqui tantas vezes quantas possível, bem como, empenharmo-nos para que os seus debates encontrem eco lá fóra, afim de que outros se beneficiem das luzes que de nossos estudos, por ventura, possam resultar.

Embora seja de opinião que a publicação de temas extritamente técnicos, debatidos em plenário das sociedades médicas, não deve sair das páginas de suas revistas, acredito, no entanto, que determinados outros merecem uma publicidade maior, mesmo através da imprensa leiga, pois, dela adviria a vantagem de tornar o público conhecedor de uma série de questões que mito de perto lhe dizem respeito, e que tem a inestimável vantagem de orientá-lo na conduta a ser seguida, ou incentivá-lo a exigir dos órgãos dirigentes, a quem de direito competir, que umas tantas medidas imprescindíveis sejam impostas com o objetivo de salvaguardar, ou proteger a saúde da coletividade.

Quanto à orientação terapêutica, é do conhecimento de todos que em face do envenenamento torna-se necessário mobilizar uma série de recursos genéricos que sempre trazem algum benefício, embora não possuam uma ação específica.

A atuação, a rigor, em tais emergências, poderia ser assim esquematizada: 1) eliminar a substância tóxica; 2) neutralizá-la, va-

liendo-se do antídoto, e 3) tratar os efeitos decorrentes.

Não quero me deter em pormenorizar tais procedimentos: contudo, peço permissão para lembrar que os autores de língua inglesa aconselham, de maneira unânime, em tais circunstâncias — enquanto não se identifica o tóxico ou não se conhece o antídoto a ser empregado — o uso de uma formula que eles denominam de “universal” e que consta de duas partes de carvão pulverizado, uma parte de óxido de magnésio e outra de ácido tânico.

Limitando-me a entrever muito por alto o aspecto panorâmico do problema que constituiu objeto da comunicação que os Drs. Paulo Barros França e Luis Augusto Toledo acabam de fazer, pretendi, com as considerações de ordem geral que expendi, apenas encarecer e realçar o magnífico estudo com que nos entretiveram, analisando especificamente a longa e variada série de casos que tiveram ensejo de observar.

Disseram-nos da frequência dos envenenamentos, salientaram a diversidade de sua natureza, e, ao lado de despertar a nossa curiosidade para um capítulo de especialidade que bem pouco tem sido cuidado entre nós. E, assim, com muita sinceridade é que cumprimento, e, em nome dos nossos companheiros e no meu próprio, agradeço aos abalizados conferencistas, a importante contribuição que nos trouxeram.

## SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 18 DE ABRIL

Presidente: Dr. J. E. Paula Assis

**Amiloidose da laringe** — Dr. Friedrich Müller. — O autor descreve as duas formas da degeneração amilóide, o processo degenerativo difuso e a formação tumoral.

Descreve em seguida o caso de sua observação. Tratava-se de um homem, de nacionalidade portu-

guesa, com 57 anos de idade, que aparentava um bom estado geral, apresentando, como único sintoma, uma rouquidão de intensidade progressiva. O exame laringológico revelou a presença de um pequeno tumor, do tamanho de uma lentilha, localizado na parte anterior da corda vocal esquerda e



atingindo a comissura anterior. Esse tumor foi removido e a voz voltou imediatamente à sua clareza primitiva. A pequena ferida operatória sarou em pouco tempo, sem tratamento especial. O exa-

me histopatológico do material revelou tratar-se de um tumor amilóide da laringe.

O sr. Presidente agradeceu o trabalho. A seguir foi encerrada a sessão.

## SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE ABRIL

Presidente: Dr. Antônio B. Ulhôa Cintra

**Do valor do test de Robinson-Bower-Kléper no diagnóstico da insuficiência suprarrenal. — Estudo comparativo com a potassemia, natremia, cloremia e test de Harrop. — Prova terapêutica com o acetato de desoxicorticoesterona.** Dr Atilio Z. Flosi — O trabalho foi publicado na íntegra. Veja Rev. Paul. Med. XXV, 90-98, agosto, 1944.

**Icterícia hemolítica.** — Drs. Carlos de Oliveira Bastos e Sílvio Carvalhal. — Trazemos a esta Secção o estudo de um caso de icterícia hemolítica observado no Hospital São Paulo, no Serviço de Clínica Médica do Prof. Barbosa Corrêa.

Trata-se de J. S., de 39 anos, branco, brasileiro, solteiro e operário, trabalhando, há mais de oito anos, em serviço exposto à inalação reiterada do gás de iluminação. Datam de dois anos e meio os seus sintomas: icterícia leve das conjuntivas e da pele, sem prurido, com crises de exacerbação e quase completa remissão; astemia; discreta dispnéia; dores no hipocôndrio direito (uma vez com os característicos de cólica biliar); dores no hipocôndrio esquerdo; cefaléia e, de raro em raro, discreta sensações parestésicas das mãos. Os antecedentes pessoais, hereditários e familiares são inexpressivos. O exame físico revela a existência de anemia e de uma icterícia flavínica, pouco intensa e sem bradicardia; há uma hepatomegalia discreta, sem aumento da consistência do órgão e uma apreciável esplenomegalia. Macroscopicamente, as urinas são acolúricas e as fezes hipercólicas.

82).

Os exames de laboratório, repetidos várias vezes, demonstram: albuminúria discreta; persistente ausência de bilirrubinúria e de ácidos biliares na urina; urobilinogenúria sempre superior ao normal; hiperbilirrubinemia (41,8 mgrs. por mil — 52,7 — 38,2 e 44,6 — processo fotométrico); reação de van den Bergh indireta sempre positiva; reação de van den Bergh direta positiva apenas em algumas determinações; reação de Wassermann positiva (+ +); colesterolemia de 197 mgrs. %; reações de Takata-Ara e Weltmann negativas; muito discreto "deficit" de eliminação do ácido hipúrico na prova de Quick; intubação duodenal e prova de Meltzer-Lyon: obtenção das três bile, sedimento normal, ausência de trombos biliares; dosagem da bilirrubina na bile: grande fleocromia: — Bile A com 350 mgrs. por mil — Bile B com 1300 mgrs. e Bile C com 550 mgrs.; colecistograma positivo, normal, com resposta também positiva à prova de Boyden.

Os exames hematológicos, feitos também várias vezes, revelam: diminuição do número de hemácias e leucócitos por mm<sup>3</sup>; baixo teor hemoglobínico; valor globular abaixo da unidade; muito discreto aumento do volume médio e do diâmetro médio das hemácias; curva de Gamma exibindo uma discreta tendência à macrocitose; espessura média dos glóbulos vermelhos e índice esferocítico dentro da normalidade; resistência globular às soluções salinas hipotônicas de NaCl. a 3 e a 4 por mil praticamente normal; anisocitose, com normo, micro e macrócitos; policitose; ovalocitose; anisocromia,

com normo, hipo e hiperchromia; policromatofilia; leucopenia; neutropenia; linfocitose e monocitose relativas; plaquetas normais.

O mielograma evidencia uma acentuada reação do S. R. E.; hemohistioblastos em número aumentado; aumento do número de células do retículo mielóide, monoblastos e monócitos; setor eritrocitoepéptico hiperplástico; setor granulocitopoético moderadamente inibido; e setor plaquetopoético sem alterações.

Com os citados elementos clínicos e de laboratório foi estabelecido o diagnóstico de icterícia hemolítica, de causa possivelmente tóxica e, portanto, adquirida.

O doente, porém, apesar de submetido a inúmeras terapêuticas, inclusive a roentgenterapia do baço, continuava com o seu síndrome anêmico-hemolítico, muito embora em excelente estado geral. Decidida então a esplenectomia, foi a intervenção realizada pelo Prof. Alípio Correa Neto. O ato cirúrgico e o pós-operatório decorreram sem acidentes e poucos dias passados nada mais apresentava clinicamente o paciente, subjetiva e objetivamente, que denotasse o seu síndrome anêmico-hemolítico anterior, podendo-se considerá-lo curado. Confirmando esta asserção, os exames subsidiários demonstraram: ausência de pigmento biliar na urina; urobilinogenúria normal; normocolia das fezes; bilirrubinemia normal (11 mgrs. por mil — 10 mgrs. por mil); reação de van den Bergh indireta positiva fraca; reação de van den Bergh direta negativa; reações de Wassermann e Kahn negativas; colesterolemia de 154 mgrs. %; ainda ligeiro déficit de ácido hipúrico na prova de Quick; intubação duodenal e prova de Meltzer-Lyon normais; dosagem de bilirrubina na bile: ausência de pleocromia; Bile A muito diluída no conteúdo duodenal — Bile B com 390 mgrs. por mil e Bile C com 23,7 mgrs.

Os exames hematológicos, por seu turno, mostraram: quase normalização do número de glóbulos

vermelhos, brancos e da taxa de hemoglobina; valor globular abaixo da unidade; embora ainda discreto, um mais nítido aumento do volume médio e do diâmetro médio das hemácias; ligeira acentuação do desvio para a direita da curva de Gamna; espessura média dos glóbulos vermelhos e índice esferocítico diminuídos; resistência globular às soluções salinas hipotônicas ainda praticamente normal; diminuição da anisocitose, da pecilocitose e da anisocromia observadas anteriormente; policromatofilia evidente; intensa plaquetose.

O mielograma revelou: ainda hiperplasia do S. R. E., porém não tão acentuada como no exame anterior; setor eritrocitoepéptico hiperplástico, mas menos que no exame anterior; setores granulocitopoético e plaquetopoético hiperplásticos.

Os exames histopatológicos do baço e de um fragmento do fígado retirado no ato operatório foram praticados pelo Prof. Moacir de Freitas Amorim e vieram corroborar as afirmações anteriores e reafirmar o diagnóstico estabelecido de icterícia hemolítica.

Os autores, para terminar, exibem várias microfotografias do sangue, medula, fígado e baço e cuidam da classificação clínica do caso, procurando enquadrá-lo no grupo das icterícias hemolíticas adquiridas, à luz das modernas classificações existentes dos síndromos anêmico-hemolíticos (Dameshek e Schwartz, Watson, Pepper, etc.).

Comentários: Dr. Michel Jamra. — No que diz respeito à classificação das icterícias, penso que isto é uma questão de doutrina. Este fato é importante, principalmente na questão da classificação das icterícias, em congênicas e adquiridas. Entretanto o presente caso, que parece ser de icterícia adquirida, vem provar o contrário, pois o resultado foi brilhante.

Dr. Antônio B. Ulhôa Cintra. — O presente caso é interessante, principalmente na discussão do diagnóstico, entre a forma adquiri-

da e a congênita, pois ambas têm muitos caracteres de semelhança. Contudo, a terapêutica, para ambas as formas é a mesma, isto é, esplenectomia.

Outro fato interessante, é que no presente caso não foram reveladas alterações de monta para o lado hematológico, como quase sempre acontece. A resistência globular não está diminuída, nem o diâmetro globular se apresenta alterado. Contudo, não sabemos o número de reticulócitos os quais tendo diâmetro alto compensam, às vezes, o diâmetro reduzido dos esperócitos, resultando diâmetro médio normal.

A bilirrubinemia direta, pode estar algo aumentada, como acontece no presente caso. Mas, tanto o aumento é pequeno que não houve bilirrubinúria.

Seria interessante que este doente fosse acompanhado por algum tempo, para se verificar sua evolução e principalmente, a curva de maturação das hemácias.

#### **Esplenomegalia Tromboflebitica.**

— Dr. Bernardino Tranchesi. — A esplenomegalia tromboflebitica se caracteriza por esplenomegalia crônica, anemopática e anemolítica com hemorragias gastro-intestinais agudas violentas, episódios de febre, ascite, sinais de anemia secundária e ausência de manifestações anatomo-clínicas para o lado do fígado.

A esplenomegalia tem 2 característicos fundamentais: a) diminuição evidente após hemorragia, com volta ao tamanho primitivo depois; b) esplenocontração adrenálfica acentuada.

As hemorragias são devidas à ruptura de vasos colaterais desenvolvidos nos ligamentos freno-esplênicos e gastro-esplênico e das veias gástricas breves.

A ascite aparece sempre após as hemorragias, não depende de comprometimento do tronco da veia porta, e parece estar ligada à diminuição das proteínas plasmáticas.

84)

O fígado é normal, assim como não há manifestações hemáticas nem hemolíticas.

O caso que tivemos ocasião de observar, é de um paciente de 29 anos, polonês e ferreiro, procedente e residente na Capital. A queixa era de hematêmese e melena, há dois dias. Fora colhido em plena saúde por vômitos sanguíneos e diarreia cor de graxa preta. Internou-se na enfermaria, em grave anemia port-hemorrágica. Ao exame somático, nada se encontrou, a não ser acentuado descoramento da pele e das mucosas. Nesta ocasião, o baço foi palpado a 2 cms. do rebordo costal, duro, e não doloroso; o fígado também foi palpado a 2 cms. Glóbulos vermelhos: 2.000.000 e hemoglobina, 30%.

Foi feita a suspeita de hematêmese por úlcera gastro-duodenal, realizada a medicação adequada. Entretanto, 6 dias após verificou-se grande aumento do baço (12 cms. abaixo do rebordo costal), ascite e temperatura de 38°2 c.

Quando foi corrigida a anemia do paciente, foram realizadas as provas funcionais do fígado, a determinação da resistência globular, do tempo de sangria e de coagulação, contagem de plaquetas e as provas de resistência capilar, que nada demonstraram de anormal. A radiografia do estômago e duodeno, tirada 45 dias após a hematêmese foi normal.

A esplenocontração adrenálfica foi de 5 cms., com lançamento na circulação de mais ou menos, 700.000 glóbulos vermelhos.

Foi feito então, o diagnóstico de esplenomegalia tromboflebitica e indicada a esplenectomia que é a terapêutica de eleição, e que quando realizada precocemente traz a cura definitiva. O ato cirúrgico foi executado pelo prof. Alípio Corrêa Neto, e decorreu sem incidentes, tendo o paciente se restabelecido completamente após 10 dias. A peça operatória foi examinada pelo prof. Moacir Amorim, que nos forneceu extenso relatório cujo resumo é o seguinte: — "Baço pesando 1.050 gramas, cápsula fina

e transparente, consistência firme e cor avermelhada. Microscópica-mente: fibroadenia difusa discreta dos cordões da polpa. Ausência de fibroadenia dos corpúsculos de Malpighi. Hiperplasia celular dos cordões. Diminuição do número e do volume dos corpúsculos. Raras hemorragias miliares e perifolliculares”.

O paciente teve alta com taxa normal de glóbulos vermelhos e tem comparecido ao serviço para observação, já há quase 6 anos, está passando relativamente bem.

**Dois casos de moléstia de Chagas com insuficiência cardíaca.** — Dr. Ariovaldo Carvalho. — O autor apresenta dois casos de moléstia de Chagas, um de sua clínica particular e outro da enfermaria do Prof. Almeida Prado, ambos com grave e precoce insuficiência cardíaca. O primeiro, proveniente de Fartura, com história cardíaca de 2 meses apenas, (palpitações, dispnéas e edemas) não acusava no passado morbido nenhuma doença responsável pela cardiopatia. O exame revelou um coração enorme, com arritmia completa, ruído de galope, sem lesão valvular, e sinais de insuficiência cardíaca congestiva, de grau médio. A radioscopia e radiografia do coração evidenciaram um grande aumento global da área, mais à custa do V. E. com grande eliminação da amplitude das pulsações. Pelo eletrocardiograma verificou-se a presença de numerosos extrasístoles politópicos, pequena amplitude dos complexos. R. R. S. entalhado e alargado, e portanto, sinais de bloqueio do ramo direito. A reação de Macha-

do Guerreiro foi fortemente positiva. O doente foi medicado da assistolia, e depois de melhorado, teve morte súbita.

O segundo doente, também com história cardíaca, procedente de São Joaquim entrou na enfermaria, com edemas e um ritmo lento e instável, ora apresentando bloqueio completo, ora incompleto, com 36 ou 74 pulsações por minuto, mutações estas muito rápidas. A área cardíaca era globalmente aumentada, e pelo exame só se notava o abafamento das bulhas e às vezes a bulha em canhão.

O electrocardiograma, numa ocasião revelou o bloqueio completo, auriculo-ventricular. Os complexos, de pequena amplitude, eram entalhados e alargados. Extrasístoles frequentes. Reação de Machado Guerreiro fortemente positiva. Foi examinado um triatoma capturado na casa do doente, verificando-se estar infectado pelo *Tripanosoma*. O doente saiu da assistência com facilidade, o ritmo melhorou, mas ainda é instável, e atualmente está tomando Neo-estibosan.

Em seguida o autor passou em revista os trabalhos originais de Chagas, exaltando o seu genial trabalho. Combateu o chamado sinal de Romana, reivindicando para Chagas a sua descrição original. Mencionou os estudos da Escola de São Paulo, principalmente os de ordem epidemiológica. Referiu-se aos trabalhos das Escolas Argentina e Uruguia, encabeçados por Mazza e Talice. Concluiu afirmando que a obra de Chagas talvez seja a única, pela sua unidade e acabamento, em toda a história da medicina.

# TRANSPULMIN



Homburg

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 22 DE ABRIL

Presidente: Dr. Moacir Navarro

**Organização dos serviços psiquiátricos em campanha e na retaguarda.** — Dr. Edgard Pinto César. — O conferencista inicia sua preleção referindo-se à importância dos traumas físicos e psíquicos que a guerra determina, favorecendo ou determinando a eclosão de moléstias, mormente os distúrbios neuróticos. Entretanto, só no decorrer da 1.ª Guerra Mundial é que reconheceram o grande papel que a psiquiatria tinha a desempenhar no conjunto dos serviços médicos. Refere-se à desorientação que houve nos primeiros tempos no início da 1.ª Guerra Mundial, assim como aos desastrosos efeitos que acarretou a remoção sistemática para bem longe do teatro das operações de todos os doentes, quer neuróticos, quer psicóticos, mormente em consequência de um excessivo retardo no iniciar o tratamento, determinando isso uma consolidação do estado mórbido que tornava a cura muito mais difícil quando não impossível.

Estuda após a organização dos serviços de seleção psicológica e psiquiátrica dos soldados convocados, mostrando o grande valor dessa seleção prévia, verdadeira profilaxia de doenças nervosas pelo afastamento dos predispostos. Mostrou como, além dos mais delicados testes psicológicos, devem os soldados ser submetidos a intenso treinamento, durante os quais são reproduzidas, tanto quanto possível, as verdadeiras condições dos atuais campos de batalha. Estas provas de intenso realismo permite completar o trabalho seletivo, afastando os incapazes para as linhas de combate, sem contudo dispensá-los de serviços de guerra compatíveis com suas aptidões. Só assim poderemos evitar de criar a situação paradoxal de premiar os incapazes e portanto estimular as reações neuróticas ou de simulação.

86)

Passa depois a estudar os serviços psiquiátricos em campanha, mostrando como se evidenciou a necessidade de se estabelecer postos avançados de assistência aos neuróticos e psicóticos, detendo-se em demonstrar, por meio de dados estatísticos, as grandes vantagens de uma pronta assistência de caráter terapêutico a ponto de proporcionar possibilidades de recuperação de 75% desses doentes para os efetivos.

O rápido serviço de seleção que compete a esses postos psiquiátricos avançados; permite separar os casos rapidamente curáveis daqueles que devem ser evacuados para os hospitais da retaguarda, entrando neste caso a maior parte dos doentes francamente psicóticos, cujo tratamento requer longa duração.

Analisa a importância da organização dos centros de convalescentes, onde são submetidos a progressivo exercício que vai adaptando-os novamente às exigências da vida militar e principalmente das batalhas. Ginástica, jogos esportivos, exercícios militares, tudo dosado e adaptado a cada um, completa o que os métodos terapêuticos mais diretos tinham conseguido.

Estuda depois a organização dos serviços psiquiátricos junto aos Hospitais da Base, cuja função é receber os casos mais graves dos postos avançados e o casos apurados na seleção do Hospital Geral. Estuda a estrutura da organização desses serviços psiquiátricos, quer sob o ponto de vista médico, quer administrativo e militar.

Estuda depois os serviços psiquiátricos de retaguarda, não mais encarando o serviço de seleção, mas os serviços de assistência. Divide esses serviços em Ambulatórios e Núcleos Hospitalares que servem para atender não só os elementos da população civil, tão fortemente comprometidos pelos bombardeios aéreos, como também aos



elementos militares evacuados dos Hospitais da Base.

Detém-se na orientação terapêutica, mostrando a importância dos diferentes métodos psicoterápicos nos hospitais de campanha, mormente a Narco-Análise de fácil manejo e de tão grandes resultados. Estuda os outros métodos terapêuticos, mormente a convulsoterapia cardiazólica e pelo eletrochoque, a insulino-terapia, etc. Mostra como o psiquiatra de campanha deve ter sólida experiência

terapêutica, mormente dos variados métodos psicoterápicos, que tão grandiosos efeitos tem proporcionado, determinando a recuperação de milhares de indivíduos, que, sem isso, teriam caído em cronicidade, avolumando o cortejo dos inválidos.

Finaliza estudando a ação do psiquiatra perante a justiça militar, permitindo discernir os simuladores, dissimuladores, isto é, os culpados dos enfermos mentais, através das perícias psiquiátricas.

#### DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 28 DE ABRIL

**Seleção psicológica e psiquiátrica dos conscritos.** — Dr. Paulo Lentino. — O assunto abordado foi dividido em cinco partes:

1.ª) **Introdução** — É demonstrada a importância de um perfeito serviço de seleção psiquiátrica e psicológica para a organização de um exército de escol, como o das grandes potências beligerantes, que dedicam todo o cuidado na seleção dos homens, que irão dirigir e se utilizar das aperfeiçoadíssimas máquinas de destruição. Só assim se poderá obter o mais alto rendimento e prevenir as elevadas incidências de desordens mentais que se observaram na guerra passada.

Propõe um esquema prático para se realizar uma seleção eficiente, em nosso meio, com os recursos técnicos e materiais que dispomos e atendendo ao fato de possuirmos um número relativamente insignificante de especialistas.

2.ª) **Seleção Psiquiátrica** — Propõe a classificação psiquiátrica mais corrente em nosso meio e que deveria servir de base para a seleção e passa rapidamente em revista toda a gama de desordens mentais que justifiquem a exclusão temporária ou definitiva ou o aproveitamento dos homens em serviços auxiliares e especiais.

3.ª) **Seleção Psicológica** — Estuda a aplicação de testes individuais e coletivos, salientando os

Presidente: Dr. Moacir Navarro

testes de Binet e Simon, com as revisões de Terman e de Kuhlmann, bem com a Escala de Pontos de Yerkes. Demonstra a importância do "Psicodiagnóstico de Rorschach" que é considerado o teste individual mais completo, e que tem larga aplicação nos EE. UU. e Inglaterra, principalmente para a seleção de pilotos. Descreve a seguir a prova de Jung-Bleuler, o Perfil de Rossolimo, as provas de exploração do psiquismo durante os estados de onirismo químico ou de hipnose. Demonstra que, para uma massa de conscritos só os testes coletivos é que poderão ser empregados praticamente. Analisa o "Army Test" em suas duas séries "Alfa" e "Beta", ressaltando seu valor. Cita a Prova de Ballard e o Psicodiagnóstico miocinético de Mira, etc.

4.ª) **Seleção de Oficiais** — Mostra que a seleção de oficiais deve merecer particular atenção pois que o papel do oficial na guerra de movimento é decisivo, impondo-se principalmente pelos bons exemplos que dê e pela capacidade que possua de criar um espírito de camaradagem sem quebra da disciplina indispensável. Refere-se à proverbial camaradagem dos comandantes americanos e dos elementos que integram a grande família de heróis que é a RAF.

5.ª) **Seleção para os Serviços Especiais** — Ressalta o fato de

ter a guerra moderna exigido a criação de muitos serviços especiais, destacando-se a aviação. Aponta os cuidados necessários para a seleção dos pilotos que deverão possuir qualidades acima da média, pois que cada um deve desenvolver grande ação individual; não desempenham o papel de simples soldados, mas de heróis! Analisa

rapidamente os tipos de personalidades que melhormente se ajustam às missões de bombardeio, de caça ou então às missões especiais de "comandos", tropas de choque, paraquedistas, tripulações de submarinos, etc.

Conclui demonstrando a importância da Psiquiatria e da Psicologia na guerra moderna.

#### SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 24 DE ABRIL

Presidente: Dr. Joaquim Gomes dos Reis Júnior

**Um ano de tuberculose infantil** — Dr. Ranulfo Mереge. — Sob este título, o A. discorreu largamente sobre os índices de infecção e de morbidade, que encontrou, em cerca de 3.000 crianças matriculadas em 1941 no Instituto de Tisiologia "Clemente Ferreira" e sobre os métodos que empregou em seu trabalho.

Segundo ele, tais índices foram respectivamente de 30,8 e 18,6%, de 0 a 2 anos; de 39,1 e 8,3%, de 3 a 5; de 40,7 e 3,3%, de 6 a 8; de 50,0 e 2,5%, de 9 a 11; de 59,6 e 4,1% de 12 a 14; e de 44,5 e 6,6% em todas as idades.

Nota-se uma grande diferença entre estes índices, pois enquanto o primeiro aumenta com a idade, o segundo diminui.

O A. atribui esta diferença, seja ao fato de que as crianças maiores raramente adoecem quando se infetam, mesmo em um país baixamente tuberculinizado, como o nosso, seja ao fato de que as crianças menores que adoecem, quando maiores, freqüentemente já estão curadas.

Até aos 12 anos, o principal fator de morbidade é a infiltração primária; depois vem a tuberculose pulmonar.

Feita esta última observação, o A. conclui o seu trabalho, que foi ilustrado com vários gráficos, com as seguintes palavras sobre o papel reservado aos hospitais na luta contra a tuberculose na infância: "Não há necessidade de hospitais de crianças para tratar das formas de tuberculose que precisam de

hospitalização, pois estas formas se encontram sobretudo em crianças, de mais de 12 anos, e nós não vemos nenhum inconveniente em tratar de crianças desta idade nos próprios hospitais de adultos. Quando muito, mais por motivos de ordem moral do que de qualquer ordem, se lhes pode reservar uma enfermaria especial nos hospitais de adultos".

**Comportamento do pulmão contra-lateral tuberculoso nas toracoplastias** — Dr. Eduardo Etzel. — (Não foi fornecido o resumo deste trabalho).

Comentários: Dr. Rui Dória. — Concorro inteiramente com as palavras do Dr. Etzel, e penso mesmo que o critério que o Dr. Etzel adota, é o critério certo. Desejo salientar apenas o valor das planigrafias que têm a propriedade de mostrar a presença de escavações que freqüentemente não são visíveis ou são pouco nítidas nas radiografias comuns.

Quanto à toracoplastia, é a operação indicada nos casos bem estabelecidos. Quanto à cura da moléstia, é um problema pois geralmente, quando muito se consegue fechar a lesão sobre a qual se atua não se conseguindo propriamente uma cura da moléstia. Assim sendo, todas as vezes que se pode melhorar o estado do paciente e prolongar a sua vida, é indicada a operação.

Dr. Eduardo Etzel. — Agradeço as amáveis referências do Dr. Dória ao meu trabalho. Quanto à

questão da cavidade contralateral se (fechar, pode ser devido ao repouso, mas creio que, no caso que apresentei, seja devido ao desvio do mediastino. Aliás sobre o mecanismo de fechamento da cavidade, não há ainda uma conclusão definitiva a respeito.

Do meu trabalho a parte que mais se salienta, é a diferença entre a estatística que apresentei, comparada com as estatísticas norte-americanas. Na América do Norte, a percentagem de cura é muito maior, mas isto é devido ao fato de que os americanos dão uma grande importância à questão do repouso. Talvez seja por este motivo que os americanos citam pouco esta questão de pulmão contra-lateral.

Trabalhos desta natureza são de muita importância para nós, porque precisamos estabelecer a nossa experiência em face do nosso momento imuno-biológico, pois que ele é diferente do de outros países. A meu ver é a toracoplastia a operação que cura mais e que tem maior indicação no momento.

**Atelectasia maciça após toracoplastia.** — Drs. Otávio Nébias e Manuel Puerta Júnior. — Os AA. apresentam uma observação de um caso de atelectasia maciça, após o 2.º tempo de toracoplastia, tendo sido demonstrada radiograficamente a referida complicação. O caso também se revestiu de interesse sob o ponto de vista terapêutico, pois sendo a complicação medicada com instilações de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) a 7 %, conforme recomenda Yandell Henderson, foi ela rápida e eficientemente afastada, conforme demonstrou nova radiografia tirada poucos dias depois.

Os AA. aproveitaram a oportunidade da apresentação, do presente caso, para bordar comentários sobre a patogenia do fenômeno, assim como procuram determinar a sua frequência e as suas relações com as complicações pós-operatórias, em 165 intervenções de toracoplastia realizadas no Hos-

pital São Luis Gonzaga em Jaconã.

**Comentários:** Dr. Alberto Chapchap. — A associação gás carbônico mais oxigênio, de fato é muito feliz. No organismo ela tem ação múltipla, isto é, facilita a absorção do oxigênio pelos tecidos e aumenta a tonicidade da musculatura lisa dos capilares e como consequência, vamos ter uma melhora da mecânica circulatória e aumento de tonicidade da musculatura estriada, resultando, de um modo geral, movimentos respiratórios mais amplos e mais profundos.

Dr. Otávio Nébias. — Agradeço os comentários do Dr. Chapchap. Quanto à questão da hipotonia muscular dos capilares, eu devo dizer que eu me referi a um fenômeno de músculos estriados e não de músculos lisos, de modo que esta parte não está relacionada com o mecanismo da atelectasia como referiu o Dr. Chapchap. Trata-se de duas entidades completamente diferentes.

**A extensão da tuberculose no Estado de São Paulo** — Dr. Décio de Queiroz Teles. — (Não foi fornecido o resumo deste trabalho).

**Comentários:** Dr. Otávio Nébias — Há pouco tempo nesta Associação apresentei um trabalho, no qual, dando a divisão das formas clínicas, procurei verificar quais os casos que necessitavam de internação, pelas condições e pela gravidade da doença. De 3.112 casos 2.281 (73,29 %) deveriam ser internados e apenas 831 (26,70 %) suscetíveis de cura pelo tratamento de ambulatório. Partindo destes dados do referido trabalho, poderíamos estender aquelas conclusões para todo o Estado. O Dr. Décio somou 6.750 obitos em 1942 que multiplicados por um quociente variável de 3 a 6 dará o número de tuberculosos vivos e destes praticamente 70 % necessitam ser imediatamente internados. Por aí poder-se-á então calcular aproximadamente o número de leitos que necessitamos para iniciar efi-

cientemente a nossa campanha contra a tuberculose. Não precisamos, entretanto, de um leito para cada doente, durante um ano todo, pois, a média de duração de vida é de 6 meses para cada doente, de modo que por ano, cada leito serviria para atender 2 doentes.

Dr. Paula Sousa. — Acompanhando o raciocínio do Dr. Nébias, que é bastante interessante, acho que devemos pensar também no início da campanha, que agora se esboça. Para isso devemos basear no que tem feito nos outros países, pois, não poderemos ter de um momento para outro o número de leitos necessários, nem o número de especialistas para tratar destes mesmos doentes. O ponto de partida interessante é o cálculo baseado na cifra de óbitos. Entretanto, o raciocínio do Dr. Nébias, feito para o Jaçanã não serve para todo o Estado, pois lá trata-se de doentes indigentes, o que não é o caso de todos os doentes do Estado.

Como colaboração nesta luta contra a tuberculose, acho que tem grande valor a colaboração privada. Todos os recursos de que se pode dispor em São Paulo deveriam estar alertas a este respeito pois a colaboração privada nos fornece atualmente cerca de 80% dos leitos para tuberculosos. A iniciativa particular só não é eficiente em nosso meio porque é uma iniciativa sem orientação, sem uma diretriz bem definida, dispersa. Assim eu sugeriria ao Dr. Décio que na reforma que se vai fazer, não se esquecesse da iniciativa privada que é de um valor inestimável.

Dr. Dirceu Vieira dos Santos. — Os números relativos aos trabalhos que fiz para a cidade de Santos, são mais ou menos equivalentes, quando considerados de um modo absoluto. Queria referir ainda que a percentagem apresentada, varia muito de um meio para outro, pois tenho verificado que em nosso meio, os casos de tratamento em ambulatório são muito reduzidos, 92).

tanto pelas condições clínicas, como sociais dos doentes.

Dr. Décio de Queiroz Teles. — Apresentando a extensão do problema baseado na estatística demográfico-sanitária do último ano, deixei de fazer referência sobre o modo como pensava encarar a luta, e mostrei apenas a extensão do problema. Agora, folgo em saber que o que eu pensava fazer, sobre a escolha dos órgãos de luta contra o mal, coincide exatamente com a opinião dos colegas.

Quanto à questão da iniciativa privada, considero-a muito importante, e acrescento que ela quase sempre precede a iniciativa governamental. Mas, esta iniciativa privada só tem ação muito limitada e estará mesmo destinada a fracassar se não tiver posteriormente o apoio oficial. Mas, como não se pode desprezar a iniciativa privada, e sim, apenas, orientá-la, proporia a organização em federação das sociedades que se interessam pela tuberculose, e a escolha de um representante delas para entender-se com o aparelhamento oficial.

Satisfaz-me muito por ter ouvido a colaboração dos colegas e desejo ainda a sua opinião a respeito da quantidade de dispensários ou de hospitais ou de outras organizações de luta contra a tuberculose a serem criados. Penso que deveriam ser criados no interior do Estado, 18 dispensários, deixando o restante da verba doada pelo governo para ser aplicada na construção de Hospitais.

A questão da tuberculose infantil apesar da sua importância não foi pormenorizadamente estudada neste plano inicial. Valeria a pena criar no Interior, secções hospitalares para o tratamento da tuberculose infantil, ou se deveria reservar apenas uma enfermaria em cada hospital para estes doentes?

Dr. Otávio Nébias. — O número de dispensários proposto, é razoável, não excessivo, pois o seu preço não é muito alto e eles servirão para se fazer a seleção dos doentes do Interior a fim de se

saber quais os casos que deverão ser internados.

Quanto aos hospitais de crianças doentes do pulmão, acho que no interior do Estado, não se deve construir hospitais para elas, pois os leitos de que dispomos, e que já estão em construção, por iniciativa particular, já são suficientes para atender a esta face do problema.

O que mais importa nesta campanha, é a criação de maior número de leitos, e dentro da verba a disposição para isso, pelo menos 80 % dela deveriam ser empregados para esse fim, para atender ao principal e mais alarmante problema da luta contra a tuberculose entre nós, isto é, o isolamento imediato de multidão de tuberculosos abertos, que vivem no seio da coletividade.

Dr. José Rosemberg. — O que está planejado, é o mínimo que se pode exigir. Quero sugerir ao Dr. Décio a criação de um serviço de B. C. G. ampliando o atual e destinado a atender todo o Estado de São Paulo.

Dr. Décio Queiroz Teles. — De fato, o serviço de B. C. G. deve ser ampliado mas esta ampliação

não deve sacrificar a quota destinada aos leitos, cuja necessidade é mais premente.

Dr. Paula Sousa. — Creio que não devemos sacrificar o dinheiro destinado pelo Governo do Estado, em outras preocupações, que não sejam relacionadas com a questão de leitos para doentes. Esta é a parte básica para se iniciar a campanha. O próprio serviço poderia depois providenciar a produção do B. C. G. em institutos especiais já existentes, como por exemplo o Butantan, pois a produção da vacina, em si, não é interessante para a campanha contra a tuberculose, mas sim a sua aplicação.

Um outro ponto que eu queria frisar, é a questão dos dispensários. Deveremos estudar sua organização em todo o Estado atualmente aproveitando os postos sanitários já existentes. Isto serviria de uma grande economia.

Dr. Décio de Queiroz Teles. — Este é o ponto palpitante da questão. O dispensário deve funcionar dentro dos Centros de Saúde ou à parte? Pelo que diz o Dr. Paula Sousa, deverão funcionar dentro dos Centros de Saúde.

#### SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE ABRIL

Presidente: Dr. Pedro Aires Neto

Procidência de membros como causa de distócia no trabalho de parto — Dr. Fuad Ferreira (de Ibitinga). — O trabalho se acha

publicado na íntegra, na Revista Paulista de Medicina, vol. XXIV. 276-282, maio de 1944.

### Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 28 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. José Saldanha Faria

**Penicilina intrarterial** — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. faz considerações sobre o uso da penicilina intrarterial, referindo trabalhos portugueses e os resultados satisfatórios obtidos com o primeiro caso que tratou.

Discussão: Os Drs. Galdino Nunes Vieira e Hercilio Marrocco re-

lataram os bons resultados em um caso de osteomielite do fêmur, tratado também pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro com a Penicilina por via arterial.

**Classificação decimal em cirurgia** — Dr. Cássio Montenegro — Estudando o assunto, o A. creou



uma variante para fichamento de observações radiografias, dispositivos, laminas, livros, artigos, revistas, etc. Mostrou os artificios que usa, dentro do mesmo principio decimal. Descreveu o sistema de fichário que está usando no Serviço do Prof. Benedito Montenegro no Hospital das Clínicas. Deu vários exemplos ilustrativos da sua maneira de agir.

**Discussão:** O Dr. José Ribeiro de Carvalho acentuou o interesse com que o Prof. Flaminio Favero incute no espirito dos seus alunos as vantagens da classificação decimal; o Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno acentuou o valor do artifício creado pelo Dr. Cássio Montenegro, merecedor de maior divulgação. O Dr. Cássio Montenegro fez ainda referências ao assunto, prometendo publicar um

trabalho sobre a praticidade da classificação decimal.

**Trombose vulvo vaginal** — Dr. Galdino Nunes Vieira — O A. apresentou um resumo geral da literatura sobre o assunto discorrendo depois sobre a etiopatogenia da afecção. Deteve-se na sintomatologia geral e local. Relatou com minúcia o caso observado e fez considerações sobre o mesmo.

**Discussão:** O Dr. Hercilio Marrocco acentuou a raridade da moléstia e discutiu a sua patogenia. O Dr. Eurico Branco Ribeiro disse que o velho e quasi abandonado processo terapêutico do temponamento vaginal encontra aqui uma das suas poucas indicações, quando a doente não é vista em ambiente cirúrgico. O Dr. Galdino Nunes Vieira fez ainda considerações sobre o assunto.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 14 DE DEZEMBRO

**A responsabilidade num caso de morte pela raiva.** — Dr. Eduardo Vaz. — O A. referiu-se a um caso ocorrido recentemente no Rio de Janeiro em que várias pessoas foram mordidas por uma cadela hidrofoba em 3 de setembro de 1942, entre elas um menino que, apesar do tratamento antirrábico veio a falecer, embora haja recebido 13 doses de vacina antirrábica. Os proprietários do animal mataram-no e o substituíram por outro. O tratamento do doente fôra, por isto, interrompido durante cinco dias, visto a cadela não apresentar mais sinais de hidrofobia. O A. estuda, a seguir, o periodo incubatório do virus que pode ser de 40 a 70 dias, em média, às vezes até de anos, em certos casos. Fez considerações sobre o tratamento feito e concluiu que não se pôde imputar a morte do menino ao deficiente tratamen-

94)

**Presidente:** Dr. Flaminio Favero to, por interrupção. Estas considerações representam um dever de consciência. Não procuram atenuar o ato criminoso, mas evitar, em nome da ciência, que se cometa um erro de justiça, attribuindo a morte à deficiência de tratamento, em virtude do embuste dos proprietários do cão. A morte se daria, com tratamento completo ou incompleto, incluindo-se o caso na rubrica de falso insucesso.

**Ausência de himen** — Drs. Hilário V. de Carvalho e João B. de Oliveira e Costa Júnior. — Os AA. dizem que tem-se realizado análise histológica que comprovou plenamente o evento; na interpretação embriogenetica, defendendo com elementos histológicos, patológicos e estruturais as doutrinas que apresentou o himen como de origem dupla — estodermica e mulheriana.

# Carbantren

"Ciba"

Bismuto - iodoeloro - oxiquinoleína (10%)  
+ pectina (20%) + carvão activo (70%)

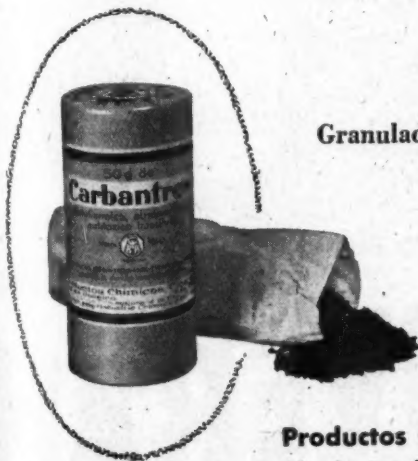
**Antidiarreico, absor-  
vente e antitóxico  
intestinal**

**Gastroenterites**

**Enterites crónicas**

**Dispepsias fermenta-  
tivas e pútridas**

**Diarreias estivais, etc.**



**Granulado, caixas de 50 gr.**



**Productos Chimicos Ciba S. A.  
Rio de Janeiro — S. Paulo — Recife**



# ATROVERAN

## Outras Sociedades

**Centro de Estudos Franco da Rocha**, sessão de 22 de novembro, ordem do dia: Epilepsia post-convulsoterapia — Sr. Luiz Cerqueira; Sentimento de inferioridade física condicionando desvios de caráter; caso clínico — Dr. Paulo Lentino; Psicocirurgia, seleção e redução dos doentes — Sr. Antonio Carlos Barretto.

Sessão de 20 de dezembro, ordem do dia: Caso clínico de síndrome psiquiátrico do lobo frontal — Drs. Anibal Silveira e Mário Robortela; Sentimento de inferioridade física condicionando desvios de caráter; caso clínico — Dr. Paulo Lentino; Considerações sobre o 1.º Congresso de Neuropsiquiatria de Buenos Aires — Dr. Mário Yahn.

**Instituto Biológico**, sessão de 15 de dezembro, ordem do dia: Origem do milho — Prof. F. C. Brieger; O D.D.T. na profilaxia da malária e alguns insetos de interesse sanitário — Prof. R. Walsicki e O. Unti.

**Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, sessão de 22 de novembro, ordem do dia: Luxação obturadora inveterada do quadril — Prof. Dr. Domingos Define; Tenosinovite estenosante de Quervain — Dr. A. E. Longo; Sesamoide do halux — Drs. M. Lazzareschi e C. Elejalde; Fratura da extremidade sup. do humero — Ruy Ramos; Deslocamento obstétrico da epífise humeral superior — Dr. Orlando Pinto de Souza.

**Sociedade Médica São Lucas**, em conjunto com a **Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição de São Paulo**, sessão de 15 de dezembro, ordem do dia: Tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita (Parte Cirúrgica) — Dr. Eurico Branco Ribeiro; Tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita (Parte Anatomo-patológica) —

Dra. Maria Luisa Mercadante; Neoplasma a processos inflamatórios da fossa ilíaca direita (Parte Radiológica) — Dr. Paulo de A. Toledo.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 11 de novembro, ordem do dia: Os primeiros resultados do tratamento maciso da sífilis em 5 dias. — Dr. José de Alcantara Madeira; Nota prévia sobre um novo tratamento de leishmaniose tegumentar americana — Dr. José de Alcantara Madeira; Estudo encefalográfico em um caso de apraxia — Dr. Luiz Cerqueira; Tratamento cirúrgico do mégasofago — Dr. João de Oliveira Mattos.

Sessão de 1 de dezembro, ordem do dia: Estatística de neuroftalmologia — Dr. Durval Prado; A propósito de um caso de corpo estranho intra-ocular — Drs. W. Carvalho Pinto e Mendonça de Barros; O glaucoma na 1.ª enfermidade de ótica de homens — Dr. Souza Grotta; Sinais oculares de hipertensão intra-craniana — Dr. Benedito Paula Santos Filho.

Sessão de 6 de dezembro, ordem do dia: Discurso em nome da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Dr. Rubião Meira; Saudação em nome da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Dr. Rubião Meira; Saudação em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia — Dr. Edgard Braga; Saudação em nome da Secção de Ginecologia da A. P. M. e da Enfermaria de Ginecologia da Santa Casa — Dr. Paulo Godoy.

Sessão de 15 de dezembro, ordem do dia: Homenagem funebre ao Prof. Adolfo Lindenberg, que foi presidente da S.M.C.S.P. no período de 1922-1923; Entrega dos prêmios: Enriquecimento adequado da alimentação popular do Brasil — Prof. Giovanni Lorenzini, de 1943, ao Dr. Octavio de Paula

Santos; Contribuição para o estudo das Águas de São Paulo — Mme. Curie, de 1943, ao Dr. J. A. Siqueira Ferreira. Ordem do dia: Os primeiros resultados do tratamento maciço da sífilis em 5 dias — Dr. José Alcantara Madeira; Sobre um novo tratamento de leishmaniose tegumentar americana (Nota prévia) — Dr. José de Alcantara Madeira; Tratamento cirurgico do megaesôfago. — Considerações em torno de 94 casos operados pela técnica do autor — Dr. João de Oliveira Mattos.

Sessão de 18 de dezembro, ordem do dia: Oftalmologia tropical — Drs. Laborne Tavares e Antonio de Almeida; Paludismo nas afecções oculares — Dr. Vale Filho; Manifestações oculares no pêfigo foliaceo — Dr. Francisco Amendola; Diagnóstico da lepra ocular na clínica civil — Dr. J. Mendonça de Barros.

**Sociedade de Medicina Experimental**, sessão de 20 de dezembro, ordem do dia: Considerações em torno da coagulação pelo veneno botrópico — Dr. Murilo Azevedo.

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo**, sessão

de 30 de novembro, ordem do dia: Sobre um caso de lesões pessoais com abortamento e consequente homicídio — Dr. João Batista de Oliveira e Costa Júnior; Traumatismo craniano e sua importância médico-legal — Arnaldo Amado Ferreira.

Sessão de 14 de dezembro, ordem do dia: Responsabilidade num caso de morte pela raiva — Dr. Eduardo Vaz; Ausência congênita de himem com comprova histológica. Interpretação embriogénica — Drs. prof. Hilario Veiga de Carvalho e J. B. de Oliveira e Costa Junior.

**Sociedade de Oftalmologia de São Paulo**, sessão de 26 de novembro, ordem do dia: Lesões retinianas na sífilis vascular — Sr. Natalicio de Farias.

**Sociedade Paulista de Leprologia**, sessão de 8 de dezembro, ordem do dia: Valor prognóstico da Lepromino-Reação. Observação de casos durante 5-6 anos — Sr. Abrão Rothberg; Demonstrações sobre a histopatologia da lepra. 3.ª série. Lepra incaracterística — Sr. Paulo Rath de Souza.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

**Instituído o premio "Prof. Moraes Barros"**, na **Sociedade de Medicina** — Realizou-se no dia 6 de dezembro p. p. na sede da S. M. C. S. P., uma sessão extraordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e da Secção de Obstetrícia e Ginecologia da A. P. M. com o fim especial de homenagear o prof. Nicolau de Moraes Barros, que foi presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1912-13), e recentemente jubilado na Catedra da Clínica Ginecológica

98)

da Faculdade de Medicina da Universidade e São Paulo.

Instalaram a sessão o prof. Carlos Gama, presidente da Sociedade de Medicina e o dr. Pedro Ayres Neto, presidente da Secção de Obstetrícia e Ginecologia da A. P. M. A mesa foi constituída, ainda, pelos prof. A. Candido de Camargo, presidente do Sindicato dos Médicos, prof. Benedito Montenegro, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo; prof. Alvaro Guimarães Filho, diretor da Escola Paulista



de Medicina; prof. Felício Cintra do Prado, presidente da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina; prof. Franklin de Moura Campos, presidente da Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição de São Paulo e pelo homenageado que foi introduzido no recinto pelos profs. Rubião Meira e Dutra de Oliveira.

Usou da palavra o dr. Pedro Ayres Neto que, na qualidade de presidente da Secção de Obstetria e Ginecologia da A. P. M. leu na representação de livres-docentes, assistentes e amigos do prof. Moraes Barros, propondo a instituição de um prêmio denominado "Prêmio Prof. Dr. Nicolau de Moraes Barros", medalha de ouro para ser disputada cada 2 anos, naquela Secção, com trabalho inédito sobre qualquer tema ginecológico. Constituído o patrimônio e regulamentação do mesmo, foi declarado aceite e já aberta as inscrições para o ano de 1945.

Em seguida foi dada a palavra ao prof. Rubião Meira, que falou em nome da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, lembrando a passagem do homenageado pela catedra, relem-

brando ainda fatos e figuras de tipos academicos de antes.

Teve a palavra o prof. Alvaro Guimarães Filho, em nome da Escola Paulista de Medicina. Como representante da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade, discursou o dr. Valdemar de Souza Rudge.

Em seguida o prof. Carlos Gama esclarecendo já terem falado os representantes das entidades científicas que prestaram solidariedade às homenagens, deu ao orador oficial designado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, o titular dr. Edgard Braga, o qual salientou a passagem do homenageado pela presidência da Sociedade de Medicina. Finalmente o dr. Paulo de Godoy discursou em nome da Secção de Obstetria e Ginecologia da A. P. M. e ao mesmo tempo da Clínica da Santa Casa de São Paulo.

O prof. Nicolau Moraes Barros, como convidado respondeu agradecendo a homenagem que o cativou pela forma, ideação e realização, salientando particularmente os laços de amizade a cada um dos oradores que o receberam.

## Novo Professor Catedrático

O prof. Paulo Tiberiá conquistou a catedra de Anatomia Patológica em Porto Alegre. — Seguiu há dias para Porto Alegre, o prof. Paulo Tiberiá, 1.º assistente e livre-docente de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de São Paulo, e que para lá se dirigiu afim de concorrer ao lugar de professor catedrático da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Notícias chegadas de Porto Alegre anunciam que o conhecido anátomo-patologista paulista venceu brilhantemente o concurso, com a média de 9,56 conquistando assim a ambicionada cátedra. A vitória do professor Paulo Tiberiá veio mais uma vez demonstrar o surto expansionista por que

passa a medicina paulista; os nossos livres docentes e estudiosos em geral estão começando a disseminar por todo o Brasil os conhecimentos da escola médica paulista. Há pouco era o professor Carlos Gama que conquistava a cátedra de Neurologia na Bahia, hoje, é o professor Paulo Tiberiá que ganha a cátedra de Anatomia Patológica em Porto Alegre, numa compreensão nítida do espírito universitário.

Para aqueles que conhecem a carreira do professor Tiberiá esta vitória não causou nenhuma surpresa; chamado para a cadeira de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina, como assistente de tempo integral, logo após sua for-

matura, éle tem se dedicado ao estudo dessa cadeira básica com grande aproveitamento; conquistou, também, em brilhante concurso o título de livre docente, e com essa prerrogativa lecionou durante alguns anos a cátedra de Anatomia Patológica em Curitiba; aqui, na nossa Faculdade de Medicina, lecionou durante longos

anos o curso de Anatomia Patológica Geral, tendo sempre se revelado um mestre dedicado e um grande estudioso, publicando numerosos trabalhos científicos.

Com sua vitória em Porto Alegre está de parabens o professor Paulo Tibiriçá, e com éle toda a classe médica paulista.

## Fundos Universitários de Pesquisas

**Pesquisas com os substitutos do sangue.** — Realizou-se no dia 22 de novembro, no Departamento de Farmacologia da Faculdade de Medicina a reunião convocada pelo prof. Jaime Regalo Pereira catedrático desse estabelecimento de ensino superior e chefe dos Serviços de Substitutos do Sangue dos Fundos Universitários de Pesquisas. A reunião teve como finalidade a demonstração de aparelhos e métodos usados na obtenção da soro-albumina humana, a maior parte deles construídos pela primeira vez no Brasil. A essa sessão científica compareceram representantes do Instituto Biológico, do Butantã, do Instituto Adolfo Lutz, do Instituto Pinheiros, do Laboratório Paulista de Biologia e de outros departamentos da Faculdade de Medicina.

Inicialmente o prof. Jaime Regalo Pereira conduziu os visitantes a uma das salas do seu departamento, onde estão instalados um aparelho de secagem e outro de destilação de água epirogénica, cujos detalhes técnicos são interessantes e inéditos. Há um ano que os cientistas do Departamento de Farmacologia trabalham arduamente para a preparação da soro-albumina humana, que exige uma técnica difícil e aparelhagem complicada. Embora o plano geral de preparação desse produto estivesse ela, borado antes do início dos trabalhos à medida que estes progrediam, surgiam novos e pequenos problemas, exigindo soluções rápidas e improvisadas, com

material nacional. Hoje porém todas as dificuldades foram vencidas de maneira interessante e econômica, e o Serviço de Substituto de Sangue pode apresentar as primeiras ampolas de soro-albumina o mais moderno substituto do sangue preparadas pela primeira vez na América do Sul. Isto se deve aos esforços e inteligência dos professores Jaime Regalo Pereira e Charles Corbett que se dedicaram inteiramente a essas pesquisas, durante mais de um ano.

Após a reunião científica, a reportagem do "Diário de S. Paulo" procurou o prof. Jaime Regalo Pereira em seu gabinete de estudo, sendo recebido com a habitual gentileza. A seguir, reproduzimos as declarações de s. s.:

"A reunião se destinou à demonstração de um aparelho de utilidade nos laboratórios científicos e industriais para a desidratação, com a conservação integral das propriedades físico químicas das substâncias dissecadas. Para nós esse aparelho foi construído com o fim de secar a soro-albumina humana; mas o mesmo aparelho serve para a secagem de plasma, sangue total, soros terapêuticos, toxinas, venenos, extratos, de plantas e órgãos, vitaminas, hormônios, enfim de toda substância cujas propriedades terapêuticas têm que ser totalmente conservadas. Nos Estados Unidos o problema é mais simples devido à existência do gelo seco industrializado, cujo preço é extraordinário

riamente baixo. No Brasil, porém, não há indústria do gelo seco (neve carbônica) e por isso não foi possível até agora, apesar de várias tentativas de centros científicos do Rio e S. Paulo a preparação do plasma seco. Nos fizemos construir um aparelho no qual o sistema de refrigeração é obtido com um compressor comum de geladeiras ou câmaras frigoríficas, independentemente, por conseguinte da exis-

tência do gelo seco. Este aparelho então é que nos quizermos mostrar a vários grupos científicos e industriais, como uma espécie de colaboração prestada pelos Fundos Universitários de Pesquisas. Ao mesmo tempo mostramos um aparelho de destilação de água apirogênica, que permite a obtenção dessa água em uma única destilação".

## Serviço Nacional de Lepra

**Concurso de Monografias sobre a lepra.** — Como parte das demonstrações realizadas no transcurso do "Dia Panamericano de Saúde", o Serviço Nacional de Lepra, do Ministério da Educação e Saúde, encerrou o julgamento do concurso de monografias de 1944, e que tiveram como temas "A Sintomologia nervosa da lepra" e "A organização e funcionamento de leprosários e dispensários".

Para julgar o primeiro foi nomeada uma comissão constituída do Professor Antônio Austregésilo, Joaquim Mota e Deolindo Couto, e para o segundo a comissão julgadora era composta dos Drs. Adalberto Tolentino de Carvalho, Lauro Pinheiro Mota e Tomás Pompeu Rosas.

Concorreram à monografia sobre "Sintomatologia nervosa da le-

pra" os candidatos que se apresentaram com os pseudônimos de "Paulus" e "Minimus", sendo "Flaviu" o pseudônimo do candidato ao outro tema. Depois de acurada análise, as duas comissões resolveram classificar "Paulus" em terceiro, sendo desclassificado o concorrente "Minimus".

Na identificação dos candidatos, verificou-se que "Paulus" era o pseudônimo dos conhecidos leprologos Drs. Nelson de Sousa Campos e Luis Marina Bochetti, médicos do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo; e "Flavius" o Dr. Ernani Polidoro Santiago, médico do Serviço de Lepra do Estado de Santa Catarina. Aos primeiros coube o prêmio de seis mil cruzeiros e o de mil e quinhentos ao segundo.

RECALCIFICAÇÃO  
DO ORGANISMO

# TRICALCINE

TUBERCULOSE  
FRACTURAS, ANEMIA  
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do  
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUES-Paris

Única distribuidora para todo o Brasil

SOCIEDADE ENILA LTDA.

Rua Riachuelo, 242 — Rio

AMAMENTAÇÃO  
CRESCIMENTO  
GRAVIDEZ

## Faculdade de Medicina

**O novo catedrático de Técnica Cirúrgica da Faculdade de Medicina.** — Realizaram-se, no dia 22 de dezembro, as duas últimas provas didáticas no concurso de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina. Logo a seguir houve reunião da comissão examinadora composta dos Profes. Benedito Montenegro, Renato Locchi, Rivaldavia Gusmão, Inácio de Menezes e Dante Romano, sendo que o Prof. Benedito Montenegro fez a

leitura em público das notas alcançadas pelos candidatos.

O Prof. Eurico Bastos alcançou a média de 9,4, vencendo com melhores notas em 3 dos examinadores, empatando em um e perdendo em outro para o segundo candidato. O prof. José Maria de Freitas, segundo colocado obteve a média de 9,1; os outros candidatos obtiveram as seguintes médias: Dr. Mário Ottobriani Costa, 8,3; dr. João de Lorenzo, 7,8; e dr. Piragibe Nogueira, 7,7.

## Necrologia

**Prof. Adolfo Carlos Lindenberg.** — Faleceu no dia 6 de Dezembro, nesta Capital, o Professor Dr. Carlos Lindenberg, ilustre dermatologista patricio.

O extinto nascido em Cabo Frio, Estado do Rio, a 12 de setembro, de 1872, era filho do Dr. Adolfo Lindenberg e de D. Francisca Hummel Lindenberg, e casado com D. Eponina Ribeiro dos Santos Lindenberg. Deixa dois filhos: D. Dora, Lindenberg van Langendonck, casada com o Prof. Telemaco van Langendonck, e Adolfo Carlos Lindenberg. Deixa ainda dois netos menores. Eram seus irmãos: D. Matilde Lindenberg; Prof. Henrique Lindberg, casado com D. Maria José de Campos Lindberg, ambos falecidos; Dr. Osvaldo Lindberg, já falecido, e que foi casado com D. Candida Rodrigues Lindeberg; D. Amalia Lindeberg Quintanilha, casada, com o Sr. Mario de Azevedo Quintanilha; D. Maria Edite Lindeberg Rocha viúva do dr. Luis Gonçalves de Rocha; D. Otília Lindeberg; D. Judite Lindeberg Monteiro, viúva do Dr. Tiago Viega Monteiro. Era cunhada do Dr. Gabriel Ribeiro dos Santos, casado com D. Gabriela Procópio Ribeiro dos Santos, ambos

falecidos; de D. Lucília Ribeiro Correia de Oliveira, casada com o Dr. João Paulo Correia de Oliveira; Antônio Ribeiro dos Santos, casado com D. Dalmácia Negreiros Ribeiro dos Santos; de D. Zili Ribeiro Barbosa Ferraz, casada com o Sr. Néstor Barbosa Ferraz.

Com o falecimento do Professor Adolfo Lindeberg, perde a classe médica brasileira um dos seus elementos mais representativos. O Prof. Dr. Adolfo Lindeberg foi um clínico de larga nomeada, e ao mesmo tempo, como professor especialista, teve ocasião de prestar ao país relevantes serviços. Além disso se distinguiu em trabalhos de investigação científica de grande valor, que lhe engrandaram renome em todos os círculos médicos do mundo.

Diplomado em 1896 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, especializou-se em dermatologia, com os Professores Lesser de Berlim; Riehl, de Viena; e os Professores Brocq e Sabouraud, de Paris. Regressando ao Brasil foi o primeiro professor catedrático de dermatologia e sifilografia da Faculdade de Medicina de São Paulo. O Professor Lindeberg exerceu o magisterio até 1928, ano em que

se aposentou. Foi o fundador da especialidade da Santa Casa, chefiando a quarta clínica médica de homens, onde foi professor de sua especialidade.

Além de importante colaboração prestada aos serviços de higiene do Estado o Professor Lindeberg foi Diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo; Presidente da Sociedade de Dermatologia de São Paulo e da Sociedade de Biologia de S. Paulo; era membro da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro; da Associação Paulista de Medicina; da Société Française de Dermatologie; da Société de Pathologie Exotique de Paris; da American Dermatological Association; da Asociación Argentina de Dermatología e da Asociación de Dermatología del Uruguay; representou ainda o Brasil em vários congressos científicos internacionais. Fez parte da comissão federal sob a chefia do Dr. Vitor Godinho, encarregada de debelar a peste bubônica no Estado

do Maranhão, tendo sido também assistente do Instituto Adolfo Lutz.

O Prof. Adolfo Lindeberg dedicou-se ao estudo da "Úlcera de Bauru", mal que foi por ele identificado no Brasil: sobre o assunto, produziu uma série de estudos originais, referentes à etiologia e à transmissão da moléstia. Também se consagrou ao estudo do mal de Hansen sob o aspecto clínico, terapêutico e profilático, tendo feito contribuição original a respeito do mecanismo de ação do chalmogra no tratamento da lepra, estudo de relevantes consequências para a fixação das normas terapêuticas. São-lhe ainda devidos vários trabalhos originais sobre as dermatomicoses.

O Prof. Adolfo Lindeberg consagrou-se também ao estudo do pêfigo foliáceo, tendo conseguido importantes esclarecimentos da sua patogenia.

A morte colheu-o quando se entregava a outras pesquisas, de grande alcance científico, as quais deixou muito adiantadas.

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

**Nova diretoria.** — Realizou-se recentemente no dia 22 de novembro, a eleição da nova diretoria dessa Sociedade, que ficou assim constituída:

Presidente: Dr. Paulo Mangabeira Albernaz; Vice-Presidente: Dr. René Penna Chaves; 1.º Secretário: Dr. Arsênio Osvaldo Sevá; 2.º Secretário: Dr. Laerte Moraes; Tesoureiro: Dr. Alcides Gomes Miranda; Bibliotecário Dr. Walter Amaral Campos.

Comissão de Medicina — Drs. Clovis Monteiro Peixoto, José Proença Pinto de Moura e Francisco José Monteiro Sales.

Comissão de Cirurgia — Drs. Heraldo Rocha Novaes, Manuel Alexandre Marcondes Machado Filho e Armando Strazzacappa.

Comissão de redação do boletim — Drs. Guedes de Melo Filho, Licurgo de Castro Santos Filho e João de Souza Coelho.

## CLINICA ROENTGEN

### RADIODIAGNÓSTICO

Exames radológicos em domicílio

★ Dr. Raphael de Lima Filho  
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo



## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

## Psiquiatria bélica

Da Press Information Service, por James Larkin. — Seria sem dúvida, interessante saber, se das experiências bélicas resultaram progressos sensíveis para a psiquiatria em geral. E, sobre o assunto, aí temos a abalizada opinião do brigadeiro John R. Rees, psiquiatra-chefe do exército britânico: "As experiências adquiridas beneficiaram, naturalmente, nestes últimos anos a psiquiatria em geral, mormente no que diz respeito à doenças mentais, seu tratamento e sua profilaxia. Para facilitar uma análise do progresso alcançado; dividamo-lo em seis itens principais: os psiquiatras ingleses compreenderam o valor da prática em grupos, no que concerne a medicina. Os fatores emocionais nas doenças físicas bem como os fatores físicos nas perturbações mentais que se manifestaram de forma aguda nas moléstias mais comuns entre os combatentes, levaram os médicos a colaborar mais estreitamente com os seus colegas especializados em outros ramos da ciência.

A falta de psiquiatras no exército inglês, foi em síntese mais benéfica do que prejudicial. Obrigou-se a selecionar com cuidado o material humano e a estudar os meios preventivos contra catástrofes mentais, em vez de se dedicar ao estudo e tratamentos demorados de desordens psiquiátricas. A maioria daqueles especialistas se ocupam hoje diretamente com a seleção pessoal, e a reconstrução moral de cada caso, uma vez de

se restringir a um trabalho em conjunto com psicologistas e trabalhadores sociais em atividades da higiene mental. Essa colaboração triplice está fadada a ser extremamente eficiente ainda em tempos de paz. A necessidade militar de encontrar técnicas rápidas para salvar o maior número possível de vítimas, encorajou o desenvolvimento de "grupos psicoterápicos". Os doentes, sempre que possível são assistidos em conjunto o que economiza tempo e o tratamento menos dispendioso.

Durante a guerra foram colhidos número enorme de dados quanto à personalidade e comportamento humanos, tanto normais quanto anormais, do que resulta, por certo, grandes proveitos futuros.

Não pequenos foram igualmente os progressos registrados em tests em massa da inteligência, habilidade e personalidade no processo de recrutamento. Tais progressos podem ser aproveitados na seleção do pessoal para empregos em indústrias e outros ramos de atividade. Há lição particularmente importante e valiosa apreendida nesta guerra. Grande número de doentes e neuróticos, inúteis e de difícil tratamento na vida familiar e pública, podem dedicar-se a trabalhos proveitosos, e viver em felicidade relativa desde que as coloquemos em ocupações e ambientes propícios escolhidos de acordo com seu temperamento e capacidade.

**Daquinol** - NA GRIPE E NA PNEUMONIA  
(em empolas)

con-  
aba-  
da  
ação  
tre-  
em-  
litar  
pa-  
ível  
vol-  
ípi-  
os-  
nto  
ata-

hi-  
dos  
or-  
ais  
ta-  
ros

nte  
sts  
li-  
so  
os  
e-  
m  
ti-  
te  
da  
le  
le  
ar  
i-  
-  
-  
e  
e